

LE DENTISTE DE SOI-MÊME.

LE

DENTISTE

DE SOI-MÊME

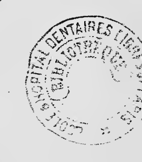
OU

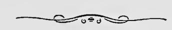
L'ART DENTAIRE

Expliqué et commenté au point de vue de la nouvelle École;

PAR

H. BON,
Chirurgien-dentiste,
Candidat en philosophie et lettres, de l'Université de Bruxelles,
Officier de l'Ordre du mérite de Venezuela, etc.





BRUXELLES,
LIBRAIRIE DE HENRI MANCEAUX,
IMPRIMEUR DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE,
8, Rue des Trois-Têtes, 8 (Montagne de la Cour).

Paris,	Amsterdam,	Florence,
J.B. BAILLIÈRE et FILS,	VAN BAKKENES et Cie,	STEFANO JOUCHAUD,
Rue Hautefeuille, 19.	Heerengracht bij den Wolvenstraat.	Via Calzajoli, 12.

Madrid, Bailly-Baillière, Plaza de Topete, 8.

1873

AVANT-PROPOS.

Il y a quelque quarante ans, à propos de la révolution qui venait de se produire dans le domaine de la littérature française, quelqu'un demandait à un homme d'esprit : quelle différence faites-vous entre les romantiques et les classiques? — Il répondit : les classiques ont fait leurs classes; les romantiques doivent encore les faire! — Le mot n'était pas juste; il était seulement spirituel. Aussi est-il resté. — A la personne qui me demanderait : quelle différence établissez-vous entre la nouvelle École de chirurgie-dentaire et l'ancienne? — Je répondrais, en retournant le mot de l'homme d'esprit : les dentistes de l'ancienne École n'ont pas fait leurs classes; ceux de la nouvelle les ont faites.

En effet, le point qui les sépare profondément, c'est la science basée sur des études sérieuses.

Voilà pour le principe? — Voulez-vous savoir ce que ce principe est devenu en passant dans la pratique? — Voici. Aujourd'hui le dentiste habile n'extrait plus une dent douloureuse. Au contraire. il la guérit et la conserve par l'orification.

Qu'en résulte-t-il immédiatement ; c'est que le moment où le patient devra recourir aux dents artificielles est reculé indéfiniment. Et quand enfin le moment sera venu, le dentiste, suivant les préceptes de la nouvelle École, remplacera les organes absents par un appareil qui ne viendra en aucune manière compromettre les dents naturelles restantes.

Que font au contraire les praticiens de l'ancienne École? Extraire le plus de dents possible, afin que l'on soit obligé d'en venir au plus tôt à faire usage des dents artificielles.

Puis, fixant leurs appareils au moyen de crochets ou de chevilles, aux dents naturelles restantes, ils coupent ou ébranlent celles-ci insensiblement, et en quelques années, la pauvre victime aura échangé toutes ses bonnes dents naturelles contre un râtelier complet à ressorts, qui fort souvent fonctionne très-bien sur le modèle en plâtre mais ne fonctionne pas du tout dans la bouche du patient. Voilà en deux mots ce qui distingue les *anciens* des *nouveaux*. Or, à cette distinction est afférente toute une série d'opérations basées sur des principes anatomiques et physiologiques inconnus il y a quelques années encore. C'est sur cette série d'opérations que, dans ce petit livre, je veux appeler l'attention du public qui sera ainsi à même, comme je

l'ai dit, de contrôler l'habileté et la bonne foi de son dentiste.

On a écrit beaucoup de livres sur l'art dentaire; personne ne les lit, à l'exception de quelques praticiens qui sont de l'avis de Pline, que dans un livre si mauvais qu'il soit il y a toujours quelque chose à apprendre.

Quant au public, il ne les achète pas et les lit encore moins.

D'ailleurs à qui la faute? Aux livres eux-mêmes. En effet, ils ne renferment rien qui soit directement utile et pratique pour les personnes qui sont obligées d'avoir recours au dentiste. Ajoutez à cela que neuf fois sur dix, ils sont écrits en style sibyllin, à moins qu'ils ne soient écrits en charabia, ce qui dans un cas comme dans l'autre dégoûte les lecteurs qui ne tiennent pas à déchiffrer des hiéroglyphes à propos de dents.

Au surplus ces livres sortent tous du même moule, et cela se comprend. Voici comment en général l'on procède pour la confection de ces sortes de livres. Dès que le dentiste sent le besoin *de se faire imprimer* pour mettre comme on dit le sceau à sa réputation, il s'adresse à un maçon littéraire et traite avec lui à autant la ligne. Mais, comme celui-ci ne sait pas le premier mot de ce qu'il doit écrire et que le dentiste ne lui fournit que du papier blanc, que fait-il? Il s'entoure de quelques livres parus ici ou ailleurs, traitant tous de la matière sur laquelle il doit écrire. Il les ouvre au chapitre ayant rapport au même objet, et après avoir lu chacun de ces chapitres, il referme ses vo-

lumes, et sous la dictée de sa mémoire, il fabrique un salmis étrange, un arlequin scientifique où vous ne trouverez naturellement ni style ni idées, mais qui, affublé d'un titre ronflant et signé d'un nom connu avantageusement dans le domaine de l'art dentaire, sera un chef-d'œuvre pour les clients du praticien qui vient de passer auteur.

Voilà comme la plupart des dentistes font leurs livres. Je dis la plupart, car il y en a qui n'ont rien de commun avec ceux qui se couvrent de la peau du lion ; témoin les travaux de Tomes et du docteur Magitot entr'autres; parfaitement écrits, parfaitement pensés, un peu trop prolixes peut-être, mais portant avant tout le cachet d'idées personnelles et non d'emprunt. Mais le docteur Magitot n'est pas un dentiste ordinaire; il est docteur en médecine (un vrai docteur celui-là)! Précisément ; c'est là qu'il faut chercher la différence qui existe entre de tels écrivains et les autres; ce qui les sépare, c'est l'instruction. *De par son diplôme*, qui est un titre de noblesse, le médecin doit savoir et savoir beaucoup ! Le dentiste au contraire, chez nous, *de par son diplôme*, ne possède aucune notion sérieuse, ni scientifique, ni littéraire, ni même dentaire! Oh, oh! Voilà une affirmation gratuite et paradoxale, me dira-t-on !... Nullement. Et les médecins composant les Commissions d'examens savent si j'exagère! Et à ce mal ils ne peuvent rien, malgré qu'ils en aient ; car la loi est là, fixant la matière de l'examen, une vieille loi étroite et vermoulue, et qui ne s'adapte plus aux besoins nouveaux issus du progrès!

Aussi, il pèse sur notre profession, qui après tout est honorable quand elle est exercée honorablement, et qui devrait jouir de la même considération que les autres branches spéciales de l'art de guérir, il pèse dis-je, sur notre profession un discrédit qu'il faut chercher à détruire par tous les moyens.

De tout temps on a ri des dentistes, on les a plaisantés, même un peu vilipendés. — Voulez-vous que je vous dise pourquoi ?.... Parce que de tous les temps le dentiste s'est rendu ridicule par les airs importants qu'il se donne, par ses boniments ébouriffants, par ses annonces abracadabrantes et éhontées, par les titres grotesques de Docteur et Professeur achetés à prix fixe en Allemagne, en Amérique ou ailleurs, et dont il se pare naïvement comme le geai des plumes du paon!... Et comment expliquer l'existence de ces travers déplorables ? Par le manque d'instruction, le défaut de culture intellectuelle qui est la source de toute sottise. Ajoutez à cela les facilités de la profession et les grands profits qu'elle donne ; et vous comprendrez la manie qui a porté de tout temps le dentiste à coudre des paillettes à ses oripeaux, et qui fait que Fontanarose et dentiste ont toujours été synonymes.

Vous avez vu comment le dentiste chez nous écrit ses livres. Voulez-vous savoir comment il est devenu dentiste.

Voici comment, huit fois sur dix.

Dès l'âge de quatorze ans il entre en apprentissage dans l'*atelier* d'un dentiste. Je souligne le mot *atelier*, parce que le jeune homme n'en sort jamais ; le *cabinet*

du maître, les opérations chirurgicales qu'il y pratique, tout cela doit demeurer éternellement lettre close pour l'aspirant dentiste. Il ne verra, jusqu'au moment où il sera devenu homme et aura l'idée de s'établir maître à son tour, il ne verra que des modèles de bouches en plâtre et des cargaisons de râteliers qui lui passeront sous les yeux. Pendant une dizaine, une quinzaine d'années, il aura gâché du plâtre, ajusté et fixé des dents artificielles sur des plaques en métal ou en caoutchouc ; il aura soudé, limé, taillé, cogné, scié, soufflé... et puis... et puis voilà tout ; en fait d'études et de gymnastique intellectuelle, il n'a jamais cultivé que les propos d'atelier, les calembredaines et les bourdes qui charment les heures de travail et d'ennui, mais qui certes, ne peuvent développer l'intelligence.

C'est dans ces dispositions et avec ce bagage scientifique et littéraire qui ne brille que par son absence, que l'apprenti devenu mécanicien à son tour, se présente un beau jour devant le jury d'examen, après s'être fait seriner au préalable pendant deux à trois mois par un dentiste qui lui-même les a possédées, dans le temps, à peu près, quelques notions d'anatomie de la tête. Il répond, tant bien que mal, aux questions des examinateurs, et il est toujours *certain* d'être reçu. Je souligne le mot *certain*, car je ne connais guères de récipiendaires qui aient été refusés, surtout par les Commissions médicales autres que celle de Bruxelles.

Donc, je le répète, le diplôme du dentiste ne prouve aucune connaissance chez le praticien, et ne donne aucune garantie au public ! Et cependant, par son di-

plôme, le dentiste appartient au corps médical, son art relève de l'art de guérir.

Et la responsabilité du Gouvernement qui fait délivrer des diplômes sur des semblants de preuves, est selon moi, gravement engagée !...

Le temps n'est plus où les attributions du dentiste se bornaient à extraire une dent malade et à la remplacer par une fausse.

Aujourd'hui la chirurgie dentaire tend à guérir et conserver les dents malades, tout en cherchant à éloigner le plus possible le moment où le client devra recourir aux dents artificielles! Il faut donc que le dentiste soit chirurgien avant que d'être mécanicien. Et il faut par conséquent que son diplôme devienne un titre sérieux !

La question a été posée déjà au sein de l'Académie de médecine, mais elle est restée indécise, parce que le moyen proposé était inadmissible.

On a parlé en effet de supprimer l'examen du dentiste, et de réserver au docteur en médecine exclusivement le droit de pratiquer la chirurgie dentaire? Ce qui est impossible. Le dentiste doit être un spécialiste. Il faut être médecin ou dentiste; pas de milieu. Et il n'y aurait là tout au plus qu'un pis aller pour un médecin qui n'aurait pas réussi comme médecin.

Car d'admettre qu'un jeune médecin préfère dès son début, choisir la carrière du dentiste, au mépris d'une profession entourée de tout temps d'estime et de considération et pouvant mener à tous les honneurs, à

tout ce qui brille d'un juste éclat dans le monde, je ne puis en nourrir la pensée un seul instant.

Quel serait donc le vrai moyen de relever le dentiste et son art qui malgré des circonstances déprimantes est entré incontestablement dans la voie d'un progrès réel et fécond?

Le vrai moyen d'après moi le voici : Réformer la loi sur l'art de guérir !

Que la législature décrète un programme d'études spéciales approfondies. Que le récipiendaire soit tenu de faire preuve d'un ensemble de connaissances résultant d'études multiples ayant toutes rapport à son art de près comme de loin ; par exemple : l'anatomie générale et la physiologie (les rapports du système nerveux avec les voies digestives, et l'influence de celles-ci sur les membranes buccales et sur les dents); l'effet et le mode d'action des anesthésiques sur les centres nerveux et l'organe de la circulation. A ces notions il faudrait ajouter des éléments de physique, de chimie et de mécanique sans lesquels le dentiste ne peut que suivre les errements routiniers de ses prédécesseurs.

L'examen serait double : il serait oral et par écrit. La rédaction de la deuxième partie devrait être convenable et je n'admettrais aucune faute d'orthographe. De cette façon j'aurais la preuve d'un certain degré d'instruction générale.

Je ne parle pas de la partie de l'examen relative à la confection des appareils prothétiques et au manuel opératoire du cabinet : l'extraction au moyen des daviers américains, la guérison et l'orification des

dents, etc., etc. — Car ces points n'étant pas de la compétence du médecin examinateur, il conviendrait d'adjoindre temporairement, à la Commission médicale, un dentiste qui seul serait chargé d'interroger le récipiendaire sur ces parties pratiques de son art.

Voilà l'ensemble de mon idée. Pour la rendre réalisable on pourrait choisir entre : la création d'une chaire de chirurgie dentaire à l'Université ou la composition d'un compendium de chirurgie dentaire à mettre au concours par le Gouvernement.

Les opérations chirurgicales, l'aspirant irait les apprendre dans les hôpitaux sous la direction du dentiste.

Quant aux travaux de l'atelier, ils nécessiteraient de la part de l'aspirant un stage chez le dentiste délégué auprès de la Commission médicale.

Quel bien immense ne résulterait-il pas d'une réforme introduite dans ce sens dans les matières de l'examen !

Et le dentiste reçu dans ces conditions nouvelles, ne pourrait-il pas à bon droit être fier de son diplôme.

Et pour le public quels avantages immenses : que d'accidents, que de malheurs petits et grands, évités journellement. Que de déceptions prévenues, dont le pauvre public paie aujourd'hui tous les frais !

Voilà bien exactement où le dentiste en est aujourd'hui, *de par son diplôme* !

Je le répète : les Commissions médicales ne l'ignorent pas ; elles déplorent au contraire cet état de choses, mais elles n'y peuvent rien aussi longtemps que la légis-

lature n'aura pas apporté de modifications à la loi sur l'art de guérir.

En attendant, nous espérons que ce petit livre destiné à être le *vade mecum* de toute personne obligée de recourir aux soins du dentiste, que ce livre dis-je, aura pour effet de corriger bien des idées erronées et de détruire une foule de préjugés répandus dans le public au sujet de l'art dentaire et de ceux qui le pratiquent.

TABLE DES MATIÈRES.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

Le Dentiste de soi-même comprendra trois divisions.

Dans la première, nous passerons en revue toutes les affections ordinaires du système dentaire, leurs causes et leur traitement.

Dans la deuxième division, nous traiterons des soins hygiéniques et préventifs de la bouche.

La troisième et dernière division sera consacrée à la Prothèse dentaire ou remplacement des dents.

PREMIÈRE DIVISION.

AFFECTIONS DU SYSTÈME DENTAIRE.

DE LA CARIE.

La maladie dentaire la plus répandue et celle qui est accompagnée des plus grandes souffrances est la carie ou décomposition de la substance qui constitue la dent.

La dent, comme on sait, est un osselet fort dur, recouvert d'une couche protectrice d'émail, plus ou moins épaisse selon l'individu, et d'un tissu beaucoup plus dur encore que l'ivoire de la dent.

Si par une cause quelconque, cet émail vient à disparaître sur un point de son étendue, la partie correspondante de l'ivoire est mise à nu et se prête dès ce moment à recevoir et à développer le germe de la carie. Tous les agents morbifiques vont porter leur activité sur cette partie dénudée; et si, par un moyen artificiel, on ne s'empresse d'y porter remède, en fort peu de temps l'œuvre désorganisatrice aura détruit la couronne de la dent jusqu'au point voulu pour déterminer l'odontalgie ou le mal de dent proprement dit.

C'est à ce moment que le patient qui n'a rien fait pour arrêter la marche de la carie, vient réclamer les soins du dentiste, et c'est ici que l'art dentaire d'aujourd'hui s'écarte totalement de la pratique d'autrefois.

Dans cette extrémité, le praticien pour qui *jadis la cause de la douleur se trouvait dans le nerf de l'organe*, ne voyait qu'un moyen : extraire la dent avec le nerf dentaire!

Aujourd'hui le dentiste habile, loin d'extraire la dent malade, la guérit et la conserve. On n'arrache pas plus une dent malade que l'on n'ampute un doigt pour guérir d'un panaris; et voici l'explication de ce mystère.

Dans l'état actuel de la science on sait que le nerf dentaire, qui se ramifie dans les racines, n'est pour rien dans l'odontalgie. Il n'est que le fil conducteur de la douleur, et n'est doué d'aucune réceptivité spéciale, si je puis m'exprimer ainsi.

En veut-on des preuves? Elles abondent. Entr'autres, les suites d'une extraction de dent mal réussie. La couronne seule a cédé aux efforts du praticien et les racines sont restées dans le maxillaire! Qu'en résulte-t-il? Généralement, rien de mal ; neuf fois sur dix, l'odontalgie cesse pour toujours et tout est pour le mieux. (Aussi dans ce cas, le dentiste ne doit-il pas se rendre au désir du patient qui réclamerait l'extraction immédiate des racines, opération fort délicate, et souvent inutile. Il convient, au contraire, d'attendre au lendemain et de voir si tout mal n'a pas cessé.)

Or, si les filets nerveux enflammés avaient produit la douleur, celle-ci aurait-elle cessé? Evidemment non, puisque le nerf dentaire est toujours là, dans le même état qu'avant l'opération.

Autre preuve. Une personne fait une chute ou reçoit un coup sur les dents. Un de ces organes s'est cassé à moitié de la couronne; les douleurs consécutives sont insupportables. Le dentiste consulté passe un fer rougi sur la cassure de la dent et immédiatement les douleurs cessent. Cependant les filets nerveux renfermés au sein des racines n'ont pas été touchés par le cautère actuel.

Autre preuve encore. Une dent cariée est fort sensible aux impressions du chaud et du froid; le moindre contact d'un aliment produit une douleur lancinante.

Cette disposition morbide, si l'on n'y porte remède, dure six mois, un an, ou davantage, jusqu'à ce qu'un jour toute sensibilité disparaît spontanément. Que s'est-il passé? La couronne, rongée peu à peu par la carie, vient de se casser tout d'un coup au niveau du collet de la dent, abandonnant les racines avec les filets nerveux dans les alvéoles. Et aussitôt tout mal a cessé.

Que faut-il conclure de ces trois exemples? Deux faits importants qui sont pour ainsi dire la base de la chirurgie dentaire actuelle :

1° Que ce n'est pas l'inflammation du nerf dentaire qui est la cause des maux de dents.

2° Que par conséquent, extraire une dent pour guérir du mal qu'elle cause, est une mutilation inutile et barbare.

Mais si le siége de la douleur n'est pas dans les filets nerveux et les racines, il est donc dans la couronne? — En effet. Et c'est cette vérité pressentie depuis quelques années qui a poussé certains praticiens vers la théorie du déchapellement ou ablation de la couronne cariée et douloureuse. Au lieu d'extraire la dent malade, ils coupent la couronne au niveau du collet, et si l'opération s'est faite

dans de bonnes conditions tout mal cesse. Cette innovation serait donc parfaitement logique si elle présentait une utilité sérieuse. Mais comme ce point manque, nous ne pouvons que combattre le déchapellement.

On voit donc que le seul organe susceptible de souffrance a son siége dans la couronne et non dans les racines. Cet organe situé au centre de la couronne à l'endroit où aboutissent, à travers le canal dentaire, les filets nerveux sortant des racines, s'appelle la pulpe dentaire. C'est un petit corps mou, d'une teinte rosâtre, gros comme une tête d'épingle, plus volumineux chez l'enfant, il diminue à mesure que l'homme vieillit et à mesure que les canaux dentaires vont se retrécissant. Chez le vieillard, la pulpe est presque nulle, ce qui explique pourquoi il est moins sujet aux maux de dents que l'homme adulte.

La pulpe, à raison de sa constitution nerveuse, est douée d'une sensibilité exquise et accuse par cela même des douleurs d'autant plus vives, lorsque, dans l'état d'inflammation, elle est mise brusquement en contact avec un corps dur, un morceau de pain ou d'aliment solide quelconque, ou avec un corps très-froid ou très-chaud, avec l'eau, la bière, le potage.

Or, dans l'affection nommée carie dentaire, qu'arrive-t-il? Par les progrès de la maladie, les couches successives de l'émail et de l'ivoire se détruisant peu à peu, la pulpe est mise à nu, et celle-ci, sous l'influence d'une cause délétère quelconque, s'enflamme, se gonfle, est resserrée et pressée entre les parois internes de la couronne; et de là les vives douleurs dentaires!

Une fois cette vérité constatée, que fallait-il faire?

Chercher le moyen de détruire la pulpe mise à nu, et,

de cette manière, supprimer la sensibilité maladive de l'organe et guérir du même coup l'odontalgie.

De tous les agents employés jadis pour combattre les maux de dents, aucun ne pouvait atteindre le but. Ce n'étaient tout au plus que des calmants.

Aujourd'hui, la science a trouvé le topique que l'on peut appeler une véritable panacée. C'est un caustique qui a la propriété de guérir *à coup sûr* en trois à quatre heures les plus violents maux de dents *causés par la carie*, tout en donnant à la dent une insensibilité complète, au point de vue de la mastication et du contact du chaud et du froid.

Des dents inaptes à la mastication depuis des années, deviennent, par l'application de ce caustique, aptes à fonctionner à l'égal des dents saines.

Après la guérison de la dent, une opération subséquente est indispensable, c'est l'obturation ou la fermeture de la cavité produite par la carie.

Mais cette opération étant la plus délicate et la plus importante de la chirurgie dentaire, nous y consacrerons un chapitre spécial.

Avant de clore le chapitre de la carie, disons un mot des causes de cette affection.

DES CAUSES DE LA CARIE.

Elles sont multiples et peuvent cependant être ramenées à l'unité : *La disparition de l'émail sur un point de la couronne.*

Examinons comment cette couche protectrice peut venir à manquer et exposer ainsi la dent à se carier.

D'abord l'émail peut faire défaut congénitalement. Ainsi l'on rencontre des personnes chez qui la surface émaillée de toutes ou presque toutes les dents, est raboteuse, piquetée, jaunâtre, l'émail offrant partout des solutions de continuité. Cet état se remarque surtout chez les personnes qui, vers l'époque du renouvellement des dents, ont souffert de convulsions ou de maladies du tube intestinal. Les dents dans cet état sont naturellement prédisposées à se carier; aussi demandent-elles beaucoup de soins de propreté, toutes ces petites dépressions de la couronne étant autant de réceptacles aux parcelles alimentaires. (J'ajouterai néanmoins que dans ma pratique, j'ai pu constater que les dents atteintes de cette affection de l'émail ne se détériorent pas beaucoup plus vite que d'autres, ce que j'attribue à un travail particulier d'ossification des parties dénudées, travail d'hypersécrétion osseuse qui s'est effectué durant la période affectée par la nature à la formation complète de l'émail, de huit à dix-sept ans.)

Si la disparition de l'émail n'est pas produite congénialement, elle est causée accidentellement de deux manières: *mécaniquement* ou *chimiquement*, c'est-à-dire par frottement et usure ou par dissolution.

Mécaniquement, par la pression trop grande de deux dents l'une sur l'autre; par le frottement des crochets d'un appareil dentaire mal confectionné; par l'usage des cure-dents de métal ou par la mauvaise habitude de passer des épingles entre les dents.

Chimiquement, par le contact prolongé de tout acide; (on sait que tout acide a la propriété de dissoudre les sels. Or, l'émail de la dent est un composé de sels calcaires); par l'usage immodéré de condiments trop vinaigrés; par

le séjour prolongé des parcelles alimentaires qui deviennent naturellement acides ; par les dentifrices à bases acides, la crême de tartre, par exemple ; et enfin par la constitution naturelle de la salive renfermant des acides qui rongent l'émail.

Chimiquement encore le séjour prolongé du tartre autour du collet des dents, ramollit peu à peu et détruit l'émail, d'autant plus que ce produit anormal (le tartre) enflamme la gencive qui suppure et entretient en contact permanent avec le haut de la couronne, une sécrétion délétère, rongeant, peu à peu la partie émaillée ; encore, l'usage des eaux ferrugineuses dépose des particules minérales autour du collet de la dent, lesquelles agissent à la manière du tartre.

Indiquer les différentes causes qui produisent la disparition de l'émail, c'est formuler les moyens à employer pour les combattre. Néanmoins au chapitre des soins hygiéniques nous y reviendrons avec détail.

Revenons aux affections du système dentaire.

DE LA PÉRIODONTITE.

Après l'affection désignée sous le nom de carie dentaire, la plus fréquente est la *périodontite* ou inflammation des membranes qui enveloppent les racines de la dent.

Les racines ne sont pas plantées immédiatement dans l'os de la mâchoire ; une membrane fort mince organisée, sillonnée de nerfs, de veines, les en sépare ; cette membrane nommée membrane alvéolaire (parce qu'elle tapisse les alvéoles ou trous destinés à loger les racines), peut

s'enflammer par suite d'un froissement produit par des causes diverses : un coup reçu sur la dent; le déplacement des racines dans l'alvéole à la suite d'un violent effort de broiement, en cassant des noix par exemple, en rongeant un os, etc. ; — le mouvement masticatoire constamment opéré du même côté ou par une ou deux dents molaires isolées des autres; — la pression inusitée de la dent de sagesse sortant tard; — et enfin une conformation vicieuse des racines terminées par une pointe aiguë au lieu d'une pointe mousse. (Les périodontites sont fréquentes chez les enfants, parce que les racines des dents temporaires s'usant en pointe au contact des dents permanentes sous-jacentes, vont trouer la membrane alvéolaire qu'elles enflamment.)

Comme on le voit, la périodontite est due au froissement de la membrane tapissant l'alvéole, par l'intermédiaire de la dent.

L'inflammation est accompagnée ou non de phénomènes douloureux. Dans tous les cas les douleurs diffèrent essentiellement de celles causées par la carie. La dent est insensible au froid et au chaud; souvent même le froid produit un soulagement momentané; le mal n'est pas lancinant, il est rongeant, sourd, accompagné de pulsations, surtout si l'inflammation s'est reproduite souvent. En heurtant l'organe avec le doigt, de haut en bas ou de droite à gauche, on détermine une douleur momentanée ayant beaucoup d'analogie avec la souffrance causée par un panaris.

La périodontite peut correspondre à une dent saine comme à une dent cariée.

Prise au début, cette affection est curable par une médication en rapport avec la cause déterminante : la saignée locale, les lotions émollientes et le repos absolu de la dent.

Cette dernière condition s'obtient difficilement, surtout pour les molaires, c'est pourquoi les dents antérieures, incisives et canines, qui croisent, sont plus susceptibles de guérison, puis qu'il est plus facile de les soustraire au choc des dents opposées, dans l'acte de la mastication.

Si l'inflammation porte sur une molaire de droite on mange quelques jours du côté gauche et *vice-versâ*. Si les deux côtés de la bouche sont atteints simultanément (cas fort rare), un appareil prothétique destiné à produire une fausse articulation, jusqu'à guérison complète, devient indispensable.

Voilà pour la périodontite au premier degré. Si on ne parvient point à guérir l'inflammation simple, elle ne tarde pas à passer au deuxième degré, c'est-à-dire qu'elle se termine par la suppuration. A ce moment les douleurs deviennent insupportables; la dent s'ébranle légèrement, et un pus sanguinolent fuse tout autour du collet de l'organe malade. Si la périodontite au deuxième degré porte sur une dent non cariée, généralement les douleurs sont plus violentes que dans le cas contraire, attendu que le travail suppuratoire est beaucoup plus long, le pus ne trouvant pas d'issue. Si la dent est cariée, au contraire, le pus se fraie un chemin à travers le canal dentaire et l'orifice creusé par la carie. Aussi, dans le cas où cette dent serait orifiée ou émaillée, il faudrait avant tout enlever la substance obturatrice, la remplacer par une application calmante appropriée et attendre le résultat.

Si par les moyens indiqués plus haut on ne parvient pas à arrêter les progrès de la périodontite, elle arrive au troisième degré, à la fistule. C'est-à-dire que, l'inflammation se continuant toujours de l'intérieur à l'extérieur, a perforé

tout le tissu organique jusqu'au dehors de la gencive, et s'est creusé ainsi un canal artificiel par où s'écoulera dorénavant le produit purulent de la membrane alvéolaire qui demeure dans un état inflammatoire permanent. Dès ce moment, les douleurs deviennent moindres et la dent se raffermit. Si le sujet est jeune, le travail réparateur de la nature étant plus actif, le *statu quo* peut durer indéfiniment; si le sujet est âgé ou que la dent est déchaussée fortement, la membrane alvéolaire s'épuise en vains efforts et devient peu à peu incapable de retenir dans l'alvéole la dent qui finit par s'ébranler au point que l'on peut l'arracher avec les doigts.

La périodontite au troisième degré demande un traitement spécial.

J'ai guéri peu de fistules sur le nombre considérable dont j'avais entrepris la guérison. En voici la raison : le traitement est fort long; le client perd patience, trouve que le remède présente plus d'ennui que le mal lui-même, et finit par conserver le *statu quo* ou demande l'extraction de l'organe malade.

Voici en quoi consiste le traitement. On introduit à travers le trajet fistuleux une petite boule de coton imprégnée d'une substance caustique (acide phénique, créosote ou chlorure de zinc; la créosote est préférable); on pousse la boulette avec une sonde jusqu'au fond du trajet, de façon à ce qu'elle touche à l'abcès.

Tous les deux jours on renouvelle le pansement. Si, endéans la quinzaine, la suppuration diminue, c'est une présomption en faveur de la guérison. Il faut continuer. Si, au contraire, la suppuration est la même ou que des souffrances se déclarent, il faut recourir à l'extraction ou

suspendre tout traitement et laisser subsister la fistule.

D'ailleurs, y a-t-il du danger à conserver une dent portant une fistule?

Je réponds, non, quoi qu'on en dise; pour autant que la constitution du sujet soit bonne et exempte de *prédisposition spéciale*.

J'ai dans ma clientèle des personnes atteintes de fistules dentaires depuis des années, et dont l'état général ainsi que l'état des dents non affectées en particulier, ne laissent rien à désirer.

Je conclus que la périodontite, au troisième degré, à moins qu'elle ne se complique d'induration ou d'exostose (ce qui se constate par un développement anormal d'apparence osseuse au toucher, correspondant aux racines de la dent portant la fistule), que la périodontite, dis-je, n'a d'autre inconvénient que la suppuration qui se refait de quinze en quinze jours, ou moins souvent même.

Avant de terminer le chapitre de la périodontite, je dirai que pour l'inflammation produite par la sortie de la dent de sagesse, il n'y a qu'un moyen: extraire la dent de sagesse, si possible, et sinon extraire la dent voisine.

DE L'ODONTITE OU INFLAMMATION SPONTANÉE DE LA PULPE DENTAIRE.

Une dent parfaitement saine en apparence peut devenir tout à coup douloureuse, au point de pousser le patient à réclamer l'extraction de l'organe. La dent ne porte, en effet, aucune trace de carie; le chaud et le froid, le toucher même n'augmentent ni ne diminuent en rien les douleurs qui sont atroces. L'œil exercé d'un praticien habile

peut seul, par une légère décoloration de l'émail, constater l'existence de l'odontite.

Voici ce qui est en réalité :

La pulpe qui occupe, comme nous avons dit, le centre de la couronne, sous l'impression d'une cause qui échappe souvent au diagnostic, parce qu'elle est parfois ancienne (un coup reçu sur la dent, par exemple), la pulpe, dis-je, s'enflamme subitement, se gonfle, et se trouve de cette façon comprimée dans tous les sens par les parois osseuses de la couronne ; de là, les douleurs insupportables.

Jadis, à cette affection on ne connaissait qu'un remède : l'extraction de la dent. Aujourd'hui on la guérit parfaitement par la *trépanation* de la couronne, de façon à mettre la pulpe en communication avec l'extérieur et à ouvrir ainsi une voie au travail de suppuration. Le petit canal, creusé de cette façon, doit toujours rester libre et les douleurs ne se représenteront plus.

FONGOSITÉ DE LA PULPE.

Cette affection n'atteint que les dents fortement cariées et généralement les molaires. Au centre de la couronne à découvert par la carie, on voit un bourgeon charnu, rougeâtre, gros comme un petit pois, de consistance molle, et fort douloureux au moindre contact ; c'est la pulpe atteinte de fongosité. Le remède est simple et victorieux : on arrache la pulpe avec de petites pinces à dents de souris et tout est dit. Si le patient redoute cette opération, on la remplace par une application d'acide arsénieux, et la pulpe se détruit spontanément en quarante-huit heures.

Parfois la gencive atteinte d'épulie à un endroit touchant à l'ouverture d'une dent cariée, pousse dans cette cavité une végétation anormale.

Ne pas confondre cette affection avec la fongosité de la pulpe. Le mal n'est pas dans la dent, mais au dehors, cette fois. C'est le lambeau de gencive qui, froissé constamment dans l'acte de la mastication, s'irrite, s'enflamme et devient douloureux.

Combien de dents n'a-t-on pas extraites, sans nécessité, dans ces deux cas. Et cependant, dans le second, le remède est encore plus simple que dans le premier; il suffit d'isoler, par l'orification de la cavité, le lambeau de gencive qui en peu de jours s'atrophie et disparaît.

AFFECTIONS DE LA GENCIVE.

Elles se bornent pour ainsi dire à deux : l'*anémie* et l'*hypertrophie*, si je puis m'exprimer ainsi.

Anémie de la gencive. — La gencive est incolore, manque de vitalité et n'adhère qu'imparfaitement au collet des dents. Cet état est dépendant d'une anémie générale et demande un traitement général secondé par des soins locaux, des frictions au moyen d'une brosse douce imbibée d'un élixir tonique et astringent.

Hypertrophie de la gencive. — Dans ce cas, les gencives se gonflent, se ramollissent, se décollent entièrement du collet des dents, prenant un aspect rouge-bleuâtre, et peu à peu l'ébranlement des dents se produit. Cet état est souvent accompagné de douleurs portant sur toutes les dents à la fois.

La cause la plus fréquente est le manque de soins que réclame la bouche, surtout chez les sujets qui ont la digestion laborieuse, ou chez ceux qui ont eu à souffrir d'affections intestinales. En l'absence de ces soins, les dents, principalement les inférieures, se couvrent à partir du collet d'une production calcaire, connue sous le nom de *tartre.* Ce produit anormal se développant par couches superposées dont la formation ne s'arrête pas, descend lentement entre la dent et la gencive qu'il décolle et enflamme, et sur laquelle il développe tous les phénomènes morbides de l'hypertrophie décrits plus haut.

Si l'hypertrophie est causée par la présence du tartre, toute la gencive n'est pas toujours malade ; parfois elle ne l'est que sur le devant de la bouche ; parfois aussi de tout un côté seulement correspondant aux molaires ; surtout lorsque la présence d'une dent douloureuse empêche de ce côté l'acte de la mastication. (Les molaires qui ne servent pas à mastiquer se couvrent de tartre).

C'est à cet état de la gencive que le public donne souvent à tort le nom de scorbut. Le scorbut est une affection caractéristique, accompagnée d'ulcération de toute la muqueuse buccale, et qui est du ressort de la médecine.

Traitement. — Faire immédiatement enlever le tartre et prescrire l'usage journalier de la brosse imbibée d'un bon élixir, en recommandant de frotter circulairement et non horizontalement ; de cette manière on frictionnera la dent et la gencive ; si la gencive saigne au contact de la brosse, ce n'est pas une raison pour cesser les frictions, au contraire ; au bout de huit jours, la gencive ne saignera plus et tout rentrera dans l'état de santé. Parfois l'hypertrophie des gencives est produite par une cause toute

spéciale : l'usage du calomel (mercure) dans *certaines affections* ayant troublé profondément l'économie.

Un traitement général du ressort de la médecine est indispensable dans ce cas.

D'ailleurs, quelle qu'en soit la cause, si l'hypertrophie a développé le tissu des gencives outre mesure, et qu'elles recouvrent une partie de la couronne, il ne faut pas hésiter à recourir à l'excision, de façon à dégarnir les dents jusqu'au collet, ensuite cautériser le bord gencival au moyen du nitrate d'argent. Tout autre moyen est infructueux.

J'ai guéri, du premier coup, de cette affection, des personnes qui depuis un temps infini se faisaient berner par des praticiens peu scrupuleux, prescrivant force élixirs, et prétendant, au moyen de fils de soie noués, détruire les végétations de la gencive malade.

Enfin, si l'hypertrophie se présente pendant la *gestation*, il faut se garder de toute médication ou opération, et attendre l'époque de la *délivrance*, avant d'agir. Car à ce moment souvent ce phénomène disparaît spontanément.

DE L'USURE DES DENTS.

Une affection, assez rare du reste, qui atteint plutôt l'homme que la femme, vers l'âge de 40 à 50 ans, consiste dans l'usure de la substance dentaire. L'émail s'use graduellement à même l'ivoire ; les dents molaires se raccourcissent, et les incisives s'amincissent d'arrière en avant.

Il en résulte nécessairement, qu'à un moment donné la mastication ne se fait plus qu'au moyen des dents molaires arrivées à l'état de racines, et que les couronnes des

incisives amincies outre mesure se brisent comme verre au moindre choc inaccoutumé ; le visage a subi graduellement une transformation complète, le galbe de la face a perdu son premier aspect, et le nez vient peu à peu s'asseoir sur le menton.

D'autres fois les choses ne se passent pas aussi simplement, car dès que l'usure a atteint le centre de la couronne, le canal dentaire est mis à découvert, et la *pulpe*, soumise à toutes les influences extérieures, s'enflamme et cause des douleurs atroces qui poussent le patient à recourir à l'extraction des dents malades.

J'ai eu à traiter tout récemment un cas de l'espèce :

Une personne atteinte d'usure dentaire et qui avait pris conseil de plusieurs dentistes dont l'avis ne lui plaisait point, vint demander mes soins. A l'examen, je trouvai les quatre incisives et les canines supérieures complètement usées ; la pulpe était à nu, et le moindre contact du chaud ou du froid déterminait des souffrances intolérables. Des praticiens consultés, les uns avaient proposé l'extraction des dents douloureuses; les autres, mieux avisés, avaient conseillé d'amputer simplement les couronnes, sauf à les remplacer par des dents artificielles.

Je ne fis ni l'une ni l'autre chose. Comme l'usure était déterminée par le frottement des dents supérieures sur les inférieures, j'enrayai l'usure en empêchant dorénavant le frottement de ces dents. Je construisis une petite calotte en or que j'ajustai fort étroitement sur la surface triturante des grosses molaires inférieures. De cette façon, je haussai l'articulation naturelle d'un millimètre, et les incisives supérieures ne rencontrant plus les inférieures dans l'acte de la mastication, l'usure s'arrêta net. Je cautérisai ensuite les

pulpes dentaires à l'acide arsénieux, et j'orifiai les canaux dentaires dénudés.

Aujourd'hui mon client mastique parfaitement, sans éprouver aucune douleur; il supporte le froid et le chaud, et ne s'aperçoit même plus de la présence de son petit appareil.

Dans les cas d'usure des dents, s'il manque deux ou trois molaires, le traitement devient plus facile encore : on remplace par des dents artificielles les molaires absentes et on a soin de les faire un peu plus longues que les naturelles, de façon que dans l'acte de la mastication les fausses seules se rencontrent, et l'usure des dents guérit spontanément.

DE L'ÉBRANLEMENT DES DENTS.

Les causes de l'ébranlement sont nombreuses ; l'ébranlement lui-même est de deux espèces : il est temporaire ou permanent.

Les causes de l'ébranlement momentané sont : l'inflammation de la pulpe avec accompagnement de mal de dent.

Dans ce cas la dent se raffermit dès que la période d'inflammation et l'odontalgie ont cessé. Ce cas est assez rare.

L'ébranlement temporaire ou momentané est fréquent à la suite de maladies graves des voies digestives. Les dents se raffermissent d'elles-mêmes peu à peu avec le secours de simples frictions astringentes toniques.

L'ébranlement est encore momentané après une chute ou un coup reçu sur les dents, et le raffermissement s'o-

père de lui-même, à moins que la violence du heurt n'ait rompu les filets nerveux, et, dans ce cas, les dents ne se raffermissent jamais qu'imparfaitement, à moins que le sujet ne soit très-jeune.

Mieux vaut, dans ce cas, les enlever et les remplacer par des dents artificielles.

L'ébranlement temporaire est encore produit par une grande accumulation de tartre autour du collet de la dent.

L'enlèvement du tartre et l'usage d'un élixir tonique suffisent pour raffermir insensiblement les organes branlants.

L'ébranlement momentané est encore produit par l'abcès alvéolo-dentaire au deuxième degré, c'est-à-dire avant la formation de la fistule. Dans ce cas, la dent se raffermit généralement quand l'abcès est devenu fistuleux.

DE L'ÉBRANLEMENT CHRONIQUE OU PERMANENT.

Cette affection est une de celles qui ont le plus attiré l'attention des spéculateurs. Combien de gens, en effet, chez qui l'âge a ébranlé les dents, et qui, plutôt que de recourir aux dents artificielles, s'en vont, attirés par des annonces pompeuses et mensongères, demander à prix d'or à des praticiens peu scrupuleux, la guérison d'une affection incurable !

Aucune puissance humaine ne saurait raffermir des dents ébranlées depuis longtemps et sans cause appréciable. Tout ce que l'on peut faire, c'est de les soutenir plus ou moins, provisoirement, comme on soutient un mur chancelant; je dis provisoirement, car l'appareil que le den-

tiste construit *ad hoc*, ne peut que hâter la chute des dents malades y compris les dents d'appui saines, grâce aux mouvements de pression de l'appareil dans l'acte de la mastication.

Et voilà ce que l'on appelle raffermir les dents ébranlées.

Jadis on reliait au moyen d'un lacis de fil d'or les dents ébranlées, qui paraissaient ainsi raffermies, jusqu'au moment critique où, dents et tuteur quittaient la bouche, au grand effroi du patient, heureux encore si cette cruelle séparation n'avait pas lieu à la table du festin, en présence de nombreux convives !

Mais revenons au côté scientifique de notre travail.

La première cause de l'ébranlement permanent est le déchaussement excessif des dents, l'affaissement de la gencive, à ce point que la partie de la dent renfermée dans l'alvéole est moins longue que la partie hors de l'alvéole. On comprend que, dans ce cas, la couronne et une partie de la racine subissant tout l'effort de la mastication, la moindre partie de la racine n'offre plus que peu de résistance à la puissance qui la pousse dans tous les sens, et peu à peu tout l'organe finit par s'ébranler.

L'ébranlement permanent est dû, dans ce cas, généralement aux manques de soins hygiéniques de la bouche, et le mal en est venu au point où toute guérison complète est impossible. A force de soins on peut gagner du temps mais c'est tout, surtout chez les personnes qui ont dépassé la cinquantaine.

La deuxième cause de l'ébranlement chronique, cause fort répandue, surtout chez les personnes qui ont les dents naturellement longues, la deuxième cause, dis-je, est l'isolement d'une ou plusieurs dents, les voisines ayant été extraites

et non remplacées. Les dents isolées, sous l'effort de la mastication, finissent par s'ébranler.

Le seul remède, non pour raffermir mais pour appuyer et soutenir les organes branlants, est de faire remplacer immédiatement les dents absentes.

Souvent aussi une ou deux dents s'ébranlent, surtout les incisives, parce qu'elles dépassent les voisines en longueur et qu'elles viennent constamment heurter la lèvre inférieure ou la supérieure. — Il suffit ordinairement de limer ces dents pour amener le raffermissement.

Un autre cas d'ébranlement atteint parfois, sans cause appréciable, trois ou quatre incisives à la fois, avec accompagnement de suppuration autour du collet de la dent. Ce cas doit se rapporter à l'inflammation spontanée de la membrane alvéolaire, la suppuration constante se réforme au détriment de cette membrane et du bord gencival qui n'en est que la continuation, et naturellement les dents mal maintenues dans leurs alvéoles, finissent par s'ébranler.

Au contraire de ce qui arrive lorsque l'abcès alvéolaire atteint les molaires, dans ce cas-ci l'abcès ne devient que rarement fistuleux, parceque les incisives croisant au lieu de se rencontrer bout à bout, le travail suppuratoire peut se faire aisément, la pointe des racines ne venant pas à tout instant rencontrer le petit ulcère dans l'acte de la mastication. Il suit de là que le pus continuant de s'éliminer toujours par le bord gencival, les dents ne peuvent se raffermir jamais.

A cette affection, il n'y a de remède que l'extraction qui devient même urgente, si l'on veut arrêter les progrès certains du mal et l'extension de l'inflammation aux dents voisines.

J'ai vu dans ma clientèle plusieurs cas de ce genre. J'avais conseillé l'extraction. Mes clients s'en allèrent consulter des sommités médicales. On leur promit une guérison certaine basée sur les propriétés et l'emploi de l'iode dans ses diverses combinaisons.

Hélas ! ces essais n'eurent qu'un résultat désolant. Mes clients me revinrent demandant l'avulsion des organes atteints, dont le nombre avait augmenté, grâce aux progrès que le mal avait eu tout le temps de faire !

Enfin, le dernier cas d'ébranlement que nous mentionnerons est celui que produit l'introduction du mercure dans l'organisme.

Toute personne qui a fait usage pendant un certain temps de cette substance, doit s'attendre à voir ses dents devenir branlantes.

Si la personne est âgée et de constitution faible, le mal est sans remède.

Si le sujet est jeune et robuste, il peut espérer, par une hygiène appropriée de la bouche, et un régime alimentaire réconfortant, voir s'améliorer l'état des dents et leur voir reprendre un peu de fermeté.

Comme on le voit, tous les cas d'ébranlement chronique sont pour ainsi dire irrémédiables. Tout ce que l'on peut faire est de retarder la chute des dents par des soins excessifs de propreté et l'usage d'un bon élixir.

Malheureusement, c'est toujours au détriment de la santé générale que l'on obtient cette espèce d'atermoiement. On ménage les dents malades, on ne mâche plus ses aliments et on ruine peu à peu l'estomac. Combien de gastrites devenues chroniques n'ont pas d'autres causes !

Loin donc de promettre le raffermissement des dents

ébranlées, le dentiste consciencieux doit démontrer à son client, par tous les moyens possibles, la nécessité de sacrifier les dents branlantes.

Avant de clore la première division de ce petit livre, je dirai un mot de l'obturation (communément nommée plombage) des dents, cette opération si délicate et généralement si mal entendue et si mal pratiquée.

DE L'OBTURATION DES DENTS.

L'obturation est une opération dont le but est la conservation et non la guérison de la dent, ce qui ne doit pas être confondu.

Il n'est *jamais* permis d'obturer une dent douloureuse avant de lui avoir fait subir un traitement approprié de quelques jours, sous peine de voir les douleurs augmenter et pousser le patient à réclamer l'extraction de la dent ou tout au moins l'enlèvement du lingot obturateur. L'obturation est donc le complément obligé d'une autre opération, nommée *insensibilisation*, mot anti-français et ridicule, mais juste comme valeur de la chose qu'il représente. *Insensibiliser* une dent, c'est-à-dire lui donner, au moyen de l'application d'un topique, l'insensibilité absolue nécessaire à une bonne obturation.

Pour que l'obturation soit bien faite, deux conditions doivent exister :

1° La dent doit être complètement insensible au contact du froid et du chaud, de tout corps dur, ainsi qu'au contact du grattoir que le praticien emploie pour préparer la cavité à obturer ;

2° La cavité, avant de recevoir la matière obturatrice, doit être vidée de toute la matière organique décomposée, au point que ce qui reste ne soit plus que de l'ivoire parfaitement sain.

Si une de ces conditions manque, l'obturation sera mal faite et plus nuisible qu'utile. Car, en supposant même que la dent ne redevienne pas douloureuse, il arrivera certainement ceci : le praticien n'ayant pas exactement enlevé toute trace de carie, et ayant laissé une partie d'ivoire non saine, la carie s'étendra forcément sous le plombage, et il arrivera un moment où le lingot obturateur abandonnera la cavité, et tout sera à recommencer.

La préparation de la dent à obturer se fait au moyen de petits instruments spéciaux. Le client, pour juger si l'opération est bien menée, n'a qu'à prêter l'oreille au bruit produit par le grattage au moyen de ces instruments. Aussi longtemps qu'il n'entend pas ce que j'appellerai le cri de l'ivoire, c'est-à-dire le bruit d'une pointe d'acier glissant sur une surface dure, il peut être convaincu que la préparation de la cavité n'est pas terminée et il doit s'opposer à l'obturation dans ces conditions.

D'un autre côté si, pendant la préparation de la cavité, le client éprouve une douleur réelle, il doit s'opposer aussi à l'obturation et demander une nouvelle cautérisation de la pulpe.

Il arrive cependant parfois que la dent a été suffisamment cautérisée, que la préparation a été bien faite et sans douleur aucune, et que, néanmoins, l'obturation réveille les souffrances. C'est un cas tout particulier acquis à l'observation et fort rare du reste. Il ne faut pas désobturer la

dent, il suffit, pour faire cesser les douleurs, de trépaner la dent au collet jusqu'à la rencontre du canal dentaire. Le petit canal artificiel creusé ainsi et caché sous la gencive, doit toujours rester libre et ouvert. Et le patient conservera sa dent bien des années.

Parfois encore, mais plus rarement, une dent malade parfaitement pansée et obturée, prend une teinte rosée très-prononcée, sans douleur aucune néanmoins. C'est le résultat d'une gouttelette de sang sortie du canal dentaire et transparaissant à travers l'émail de la couronne. Ce phénomène se présente surtout pour les incisives, parceque les couches d'ivoire sont moins épaisses. Il suffit de désobturer la dent, de la panser à nouveau à l'acide arsénieux et de la replomber ensuite.

DE LA MANIÈRE D'OBTURER UNE DENT.

Il faut, en thése générale, autant que possible, au moyen de la substance obturatrice, rendre à la dent sa forme primitive.

Le ciment ne peut jamais dépasser les bords de la carie, si celle-ci est située latéralement, c'est-à-dire sur un des côtés de la dent.

Il faut toujours s'opposer strictement à ce que le dentiste, soit pour aller plus vite en besogne, soit pour fixer plus facilement son plombage, laisse dépasser le lingot obturateur pour l'appuyer contre la dent voisine. C'est un moyen détestable auquel ont généralement recours les dentistes inexpérimentés. Par ce procédé, l'intervalle na-

turel entre les dents est comblé ; une dent s'écarte insensiblement de l'autre et s'ébranle, le lingot devient mobile, descend sur le bord gencival, qu'il enflamme, le fond de la cavité n'est plus couvert, et la carie étend ses progrès sous le plombage. On voit par cela qu'il vaut mieux, si l'on ne veut ou ne peut s'adresser à un praticien habile et renommé comme tel, laisser sa dent creuse, ou la remplir soi-même avec de l'ouate imbibée de collodion, par exemple. De cette manière, au moins, on ne courra pas le risque de compromettre la dent voisine.

Si deux dents voisines sont atteintes, et que les deux caries sont tournées l'une vers l'autre, ne permettez jamais que le dentiste établisse entr'elles ce que l'on appelle un pont, c'est-à-dire qu'il relie une dent à l'autre par la même masse obturatrice, sous peine de voir se reproduire tous les inconvénients décrits dans l'alinéa précédent.

Règle générale : une dent doit toujours être obturée isolément, quelle que soit la substance employée pour l'obturation. Je le répète, ces procédés défectueux marquent l'incapacité du praticien, et sont d'autant plus funestes que le lingot obturateur, restant accroché entre les deux dents, le client demeure en pleine sécurité. « Mes dents » sont toujours obturées, se dit-il. Tout est bien, » jusqu'au moment où la carie, marchant toujours, aura fait assez de progrès pour laisser échapper le plombage, à moins que l'*odontalgie* provoquée par la défectuosité de l'obturation, ne soit revenue auparavant. Et alors il aura bien fallu décrocher le malencontreux lingot.

Il est, au reste, bien facile de s'assurer si une carie latérale a été bien obturée. Il suffit de voir si l'on peut faire

passer un cure-dents entre la dent obturée et sa voisine.

D'ailleurs, dans tous les cas où la dent à plomber touche trop à sa voisine, il faut que le dentiste, pour être à même de pratiquer une bonne obturation, commence par séparer au moyen de la lime la bonne dent de la mauvaise.

Je sais bien qu'il y a des clients qui demandent que le dentiste comble l'interstice dentaire. Le devoir du praticien est de s'y opposer.

Dans la majorité des cas, le plombage mal fait ramène le cortège de l'odontalgie, fluxion, abcès, maux insupportables.

DE LA MATIÈRE OBTURATRICE.

On emploie différentes substances pour refaire la partie de la dent détruite par la carie. L'espèce de substance à employer est presque toujours indiquée par la situation et la forme de la carie. Aussi est-il absurde le dentiste qui affirme absolument qu'il ne se sert jamais que de telle ou telle matière obturatrice à l'exclusion de toutes les autres. Toutes ces affirmations sont des systèmes que le praticien peu sérieux expose, tout en les faisant mentir journellement dans son cabinet. On peut proclamer cependant, en thèse générale, que l'or est la matière obturatrice par excellence, parce qu'elle remplit la cavité d'une masse parfaitement homogène, et par conséquent invariable. Tandis que les autres substances en usage, étant toutes ou des amalgames ou des corps composés, sont sujettes à subir du retrait, et à la longue, ne remplissent plus exactement la

cavité de la dent. En outre, l'or à dentiste étant tout-à-fait pur, aucun produit buccal, ni aucune espèce d'aliment ne peuvent l'attaquer ni l'entamer.

L'obturation à l'or est plus durable que tout autre plombage, si l'opération a été bien faite.

En opposition à l'or, je citerai le plombage obtenu au moyen de limaille métallique amalgamée avec le mercure. C'est malheureusement le plus répandu et le moins bon des plombages.

Outre que la présence du mercure est funeste pour l'organisme humain, ce plombage ne vaut rien parcequ'il subit un retrait considérable par l'évaporation lente du mercure.

Les plombages au mercure ont encore le désavantage de noircir peu à peu la dent; et enfin, et par dessus tout, j'ai constaté que parmi les dents obturées portant des fistules alvéolaires, presque toutes étaient obturées par des plombages mercuriels, surtout par le plombage dit pâte de Sullivan. Celui-ci se présente sous l'aspect de petites boules ou carrés que le dentiste chauffe à la flamme de la bougie pour les ramollir et en chasser l'excès de mercure, avant de les introduire dans la dent.

Règle générale : Refusez-vous à ce que votre dentiste se serve de cette dernière catégorie de plombage.

Entre les deux substances précédentes (l'or et le plombage au mercure), viennent se placer :

1° L'oxy-chlorure de zinc, *nommé* par certains praticiens *Email*, je ne sais pourquoi. De là l'expression bizarre *émailler une dent*.

Après l'or, ce ciment doit être regardé comme le plus

propre à l'obturation. Il est parfaitement dur ; sa teinte, d'un blanc plus ou moins jaunâtre, imite assez bien la nuance naturelle de la dent et convient, par conséquent, mieux que toute autre substance pour restaurer les dents incisives déformées par la carie.

Ce plombage est très-durable, mais seulement s'il a été pratiqué par un opérateur habile; car il faut beaucoup d'habitude, de soins et de précautions pour l'appliquer fructueusement ;

2° La gutta-percha pure ou additionnée d'un corps étranger destiné à donner plus de dureté à la substance.

Voilà la nomenclature des principaux plombages usités.

Quel est le meilleur ?

Je le répète, l'or a le pas sur tous les autres. Les plombages au mercure doivent être proscrits. Restent donc l'or, l'émail et la gutta-percha. Mais dans quel cas faut-il préférer l'un à l'autre? C'est au dentiste à juger.

Quoiqu'il en soit, dans toute carie au début c'est l'or uniquement qui convient. Si, au contraire, la carie est avancée, et que la dent ait fait souffrir déjà, il faut, pour faire œuvre durable, après avoir cautérisé suffisamment la pulpe dentaire, recourir à un plombage provisoire, soit l'émail, soit la gutta-percha, qui peuvent s'enlever facilement. Et si, dans le courant du mois qui suit l'opération, la dent est demeurée parfaitement insensible, on peut, sans danger, procéder à l'orification de cette dent après avoir enlevé le plombage provisoire.

Combien de fois ne m'est-il pas arrivé, dans ma pratique d'avoir à désorifier des dents obturées cependant par des orificateurs habiles, mais qui avaient manqué de prudence ou de patience.

Disons encore que si la carie a atteint les dernières couches de l'ivoire, l'orification est contre-indiquée ; car cette opération devant se faire au marteau, pour être solide, le praticien courrait le risque de faire éclater les parois trop minces de la dent.

Dans ce cas l'émail convient parfaitement.

Ici finit la première partie de notre travail.

UN MOT SUR LE GAZ HILARANT.

Avant d'aller plus loin, disons un mot d'une des meilleures trouvailles faites, depuis quelque temps, dans le domaine de la chirurgie dentaire. Je veux parler de l'application du gaz protoxyde d'azote ou gaz hilarant.

L'extraction d'une dent ou d'une racine est une opération douloureuse, et qui le devient davantage si vous y ajoutez la torture morale causée par l'appréhension, surtout chez les sujets nerveux.

Pour combattre ces circonstances spéciales, on avait recours jadis à l'inhalation du chloroforme; mais, comme chacun sait, ce moyen n'était pas sans danger grave. Aussi les dentistes y avaient renoncé presque généralement.

Il fallait cependant à tout prix trouver un agent capable de suspendre momentanément la faculté de sentir et, par conséquent, de supprimer la douleur sans compromettre le moins du monde la vie et la santé du patient! Les chercheurs scientifiques se mirent à l'œuvre, et leurs efforts furent enfin couronnés d'un plein succès. L'inhalation du gaz hilarant supprime complètement la douleur de l'extraction, sans qu'il y ait pour le patient l'ombre d'un danger,

quels que soient d'ailleurs son âge, son tempérament et ses prédispositions pathologiques.

J'ai administré le gaz hilarant maintes fois, en une même séance, à quatre et cinq reprises à la même personne qui désirait se faire enlever plusieurs racines et dents fortement cariées, sans qu'il en soit résulté pour elle autre chose qu'un léger mal de tête qui se dissipait en fort peu de temps.

Aidée de cet auxiliaire, l'extraction d'une dent est devenue un véritable jeu pour la personne familiarisée avec les effets du gaz hilarant.

DEUXIÈME DIVISION.

HYGIÈNE ET SOINS PRÉVENTIFS.

La première condition de santé pour un organe, c'est le fonctionnement régulier de cet organe. Un bras, une jambe tenus dans une immobilité constante, ne tarderaient pas à devenir bientôt incapables d'aucun mouvement.

Le premier point à atteindre si l'on veut conserver ses dents le plus longtemps possible, c'est de s'en servir régulièrement et dans le sens indiqué par la nature, c'est-à-dire que les molaires de droite et de gauche doivent servir journellement à la mastication, et les dents situées sur le devant de la bouche, uniquement à trancher et non à broyer.

En effet, celui qui ne se sert pour broyer ses aliments, que des dents antérieures, incisives et canines, use ces organes qui sont implantés de façon à se croiser, et non à se rencontrer face contre face, ainsi que cela existe pour les molaires.

D'un autre côté, la personne qui ne se sert pour broyer

ses aliments que des molaires d'un seul côté, s'expose à voir se carier les molaires de l'autre côté, qui restent inactives dans l'acte de la mastication.

Et que l'on regarde cette recommandation comme de la plus grande importance !

Combien de personnes, jeunes encore, ont toutes les molaires d'un seul côté détruites par la carie. Il n'en reste plus que des racines surmontées de débris de couronne noirs et repoussants, dont les aspérités entament la langue et la joue qu'elles entretiennent dans un dangereux état inflammatoire ! Interrogez ces personnes ? Vous apprendrez que la cause du mal (cause qu'elles ignorent, du reste), remonte à quelques années déjà : « Voilà trois à » quatre ans que je ne mange plus qu'avec les molaires du » côté gauche ; — vous diront-elles. — Et peu à peu j'ai vu » toutes mes molaires du côté droit se carier et se briser. » Mais comme je n'ai jamais beaucoup souffert de ces » dents, et que j'ai peur du dentiste, j'ai laissé aller les » choses. » — Eh bien, vous avez perdu toutes ces dents faute d'avoir consulté, au début, un praticien intelligent. Il vous eut recommandé à l'avenir de vous servir, pour broyer vos aliments, des deux côtés de la bouche.

Il eut orifié la dent entamée par la carie et, du coup, le mal aurait été arrêté au début.

D'ailleurs, ceci est un fait aisé à constater : Renoncez à vous servir, pendant cinq à six mois, des molaires d'un côté de la bouche. Vous verrez peu à peu les molaires inactives se couvrir de tartre et les gencives s'enflammer avec accompagnement d'un suintement morbide qui va, le tempérament et les prédispositions individuelles aidant, ronger peu à peu le collet des dents inactives.

Voici une observation, entre plusieurs, que j'ai recueillie dans ma clientèle.

Une jeune personne, fille unique, se mourait sans que les médecins consultés découvrissent d'autre cause que de mauvaises digestions. Et cependant la pauvre enfant dépérissait à vue d'œil. Un jour, son état se compliqua d'un violent mal de dents. Sur le conseil d'une de mes clientes qui lui avait dit que *je n'arrachais jamais les dents douloureuses, mais que je les guérissais*, la mère de la jeune personne vint me trouver avec sa fille. « Elle me raconta que
» depuis deux ans, sa fille n'avait plus consulté son den-
» tiste, bien qu'elle eût souvent souffert de la même dent
» dont elle souffrait actuellement. Cette abstention prove-
» nait de ce que le dentiste consulté à cette époque avait
» déclaré qu'il y avait du danger à extraire cette dent. (Dé-
» claration d'ailleurs inexplicable). J'avais confiance en ce
» praticien et nous nous gardâmes bien de plus jamais son-
» ger à l'extraction de cette malheureuse dent. Or, c'est de-
» puis ce moment fatal que les mauvaises digestions de ma
» fille ont commencé. L'appétit est devenu presque nul au-
» jourd'hui. La faiblesse générale augmente de jour en
» jour. Et voilà, pour comble de tourment, que cette vi-
» laine dent la fait de nouveau souffrir ! » — J'examinai attentivement la bouche de la jeune fille. Il n'y avait qu'une seule dent malade, celle dont elle avait souffert plusieurs fois. Mais dans quel état se trouvaient toutes les molaires et la gencive du côté de cette dent malade !...

Les molaires étaient recouvertes d'une croûte épaisse de tartre, les gencives, détachées des dents, étaient boursoufflées, bleuâtres, enflammées considérablement et en travail constant de suppuration. La pauvre demoiselle absor-

bait à son insu ce produit purulent qui l'empoisonnait lentement. De là provenait tout le mal.

Je commençai par rassurer la mère, en lui affirmant que dans l'espace d'un mois, au plus, sa fille serait complètement guérie, et je lui expliquai la cause de tout le mal.

L'étonnement de cette dame fut d'autant plus grand, que son médecin lui avait déclaré que le cas de sa fille était grave et qu'un médecin seul en pouvait venir à bout.

Voici ce que je fis. Je pansai la dent malade qui en trois jours était complètement guérie. Je l'orifiai ensuite. J'enlevai tout le tartre en trois séances pour ne pas trop fatiguer la jeune personne. Je prescrivis des frictions au moyen d'une brosse douce humectée d'un élixir approprié. Je recommandai de manger dorénavant avec les molaires des deux côtés, ce que permettait maintenant la dent guérie et orifiée. Et tout se passa comme je l'avais annoncé. La pauvre demoiselle se métamorphosa rapidement. L'appétit et la santé revinrent.

Si j'ai tenu à appuyer le précepte d'un exemple, c'est afin de bien montrer la nécessité absolue de faire usage des molaires des deux côtés de la bouche, si l'on tient à les conserver le plus longtemps possible.

Si l'état maladif d'une dent s'oppose à cette précaution hygiénique, vite recourez à votre dentiste afin qu'il vous la guérisse !

En déduction de ce qui précède il est urgent, dès que l'on s'aperçoit de la présence de tartre sur les dents à l'extérieur ou à l'intérieur, de s'adresser immédiatement au dentiste afin qu'il enlève ce produit étranger.

Cette opération faite, ne négligez pas un jour de fric-

tionner vos dents au moyen d'une brosse plutôt rude que douce, en faisant usage d'un élixir tonique, coupé d'un peu d'eau, pour humecter votre brosse.

L'usage de la brosse est essentiel; mais il s'agit de bien s'en servir.

Généralement on s'en sert mal. On ne frotte que sur le haut des dents, et on évite de toucher la gencive. Qu'en résulte-t-il? Le haut des dents se nettoie et blanchit, et le bas ainsi que le collet se recouvrent de nouveau de tartre.

Or, c'est plutôt le contraire qu'il faut faire: frictionner vigoureusement les gencives, le collet et le bas de la dent. D'ailleurs, voici d'où provient le mal: on frictionne avec la brosse *horizontalement* et c'est *circulairement* qu'il faut brosser, à tour de bras, et sans crainte de frotter trop fort.

On m'objectera que chez certaines personnes le seul contact de la brosse suffit pour provoquer une véritable hémorrhagie des gencives; — c'est un cercle vicieux dans lequel on tourne : en effet vos gencives saignent parce qu'elles sont malades et engorgées; les frictions seules peuvent les guérir en les dégorgeant; et vous craignez de les frotter afin de prévenir l'hémorrhagie. — Mais sachez donc que cette hémorrhagie est salutaire et qu'on l'arrête aussi facilement qu'on la provoque; et au surplus, quand vos gencives auront saigné pendant huit jours, au contact de la brosse, le neuvième, elles ne saigneront plus et seront guéries.

La brosse donc tous les jours et énergiquement. La brosse molle et les frictions douces ne conviennent que dans le cas ou les dents sont ébranlées d'une manière chronique.

Et après la brosse le cure-dents de plume et point

d'autre, pour nettoyer les intervalles qui séparent les dents; le cure-dents surtout après chaque repas.

Tous les soins de propreté se bornent là, mais il faut qu'ils soient pris journellement et scrupuleusement.

Une importante précaution exige que l'on fasse visiter ses dents au moins une fois l'an, même en l'absence de toute douleur. Il peut dans cet espace de temps s'être formé sur une dent ou sur une autre un commencement de carie qu'il s'agit de combattre et d'arrêter par l'orification.

A ces préceptes fondamentaux, nous ajouterons une liste détaillée des soins et précautions à prendre :

Ne vous servez jamais de dentifrices et d'élixirs achetés ailleurs que chez votre dentiste ou chez un pharmacien en renom.

Toute poudre et toute eau à goût acide (aigre) sont funestes; ils dissolvent l'émail.

Toute poudre rugueuse ne se résolvant pas complètement en pâte avec l'eau, use l'émail de la dent.

A raison de ces deux préceptes, évitez la crême de tartre, le corail, et la poudre de charbon, servant de base à la plupart des dentifrices.

Ne brisez jamais de corps durs avec les dents, des noix par exemple. Ne coupez pas le fil avec vos dents.

Ne passez ni épingle, ni aiguille entre vos dents.

Après avoir fait usage d'aliments acides, d'aliments sucrés ou d'eaux minérales, ne négligez jamais de vous nettoyer les dents immédiatement après.

Pour les personnes qui visitent annuellement les villes d'eaux, une consultation du dentiste est indispensable avant leur départ et après leur retour.

Si une ou plusieurs dents vous manquent, faites les

remplacer immédiatement, non-seulement pour déguiser la brèche, mais surtout afin de conserver les dents opposées, qui ne rencontrant plus que le vide, dans l'acte de la mastication, se couvrent de tartre et sortent peu à peu de l'alvéole, qu'elles finiront par abandonner un jour complètement.

Evitez avec grand soin les transitions trop brusques du chaud au froid. Au sortir des salles où l'atmosphère est chaude, des spectacles, des concerts, des réunions nombreuses, redoutez les premiers coups de l'air froid du dehors. Couvrez-vous bien la tête et les épaules, mesdames, tenez la bouche fermée jusqu'au moment où vous vous trouverez chaudement assises au fond de votre voiture.

Mais c'est surtout chez l'enfant que les soins préventifs portent le plus grand fruit.

Si les parents, craignant de faire souffrir un être chéri ne reculaient presque toujours devant les conseils du dentiste consulté, ils épargneraient pour l'avenir bien des regrets à leurs enfants devenus hommes. Bien certainement un dixième des personnes édentées prématurément, jouiraient des avantages d'une bonne denture, sans la faiblesse de leurs parents.

D'ailleurs aujourd'hui, grâce à l'application du *gaz hilarant*, cette faiblesse n'a plus de raison d'être.

Le premier point, chez l'enfant, c'est que l'évolution des dents permanentes puisse se faire facilement, sans en être empêchée par les dents voisines trop rapprochées. Il faut donc à tout prix enlever les dents de lait ou les racines qui s'appuient contre les dents définitives prêtes à sortir. C'est vers l'âge de six ans et demi que commence la sortie des dents qui resteront toute la vie. C'est donc vers cette

époque que la surveillance et les soins du dentiste doivent entourer l'enfant, jusque vers l'âge de quinze à seize ans, époque où la dentition est généralement terminée.

Les canines sont fort souvent les dents qui se rangent le plus difficilement ; et comme ce sont, je dirai, les dents angulaires du système, puisqu'elles suffisent seules à maintenir intact le galbe du visage, même en l'absence des autres dents, il importe de les conserver à tout prix.

Il faut en déduire que si une canine forme surdent, on doit bien se garder de l'extraire, et sacrifier la petite molaire voisine. Après l'opération vous verrez la canine descendre insensiblement dans l'espace laissé vide par la dent extirpée.

Une autre dent qu'il ne faut pas craindre de sacrifier encore, en cas de besoin, c'est la première grosse molaire inférieure, qui pousse vers l'âge de six ans et demi. De cette façon, l'on facilitera énormément la pousse régulière des autres dents de remplacement, et l'on évitera surtout pour l'avenir les circonstances douloureuses qui accompagnent fort souvent la sortie de la dernière grosse molaire, nommée dent de sagesse.

TROISIÈME DIVISION.

DE LA PROTHÈSE

OU REMPLACEMENT DES DENTS.

Je ne parlerai pas de l'utilité des dents artificielles. Tout le monde sait aujourd'hui que lorsqu'elles sont bien confectionnées, elles rendent le même service que les naturelles, avec cet avantage qu'elles vous affranchissent pour toujours de l'odontalgie. D'abord je répondrai à cette question : Peut-on toujours et dans tous les cas remplacer les dents absentes? — Oui, toujours et dans tous les cas, pourvu que la personne se soumette aux opérations indispensables dans ce que j'appellerai les cas malencontreux, et ceux-là se rencontrent dans la proportion de un sur cent.

Dans tous les autres cas le dentiste intelligent et habile surmontera toutes les difficultés, s'il en rencontre.

Comment se fait-il alors, m'objectera-t-on, que tant de personnes qui se sont fait confectionner des appareils prothétiques, y ont dû renoncer au bout de plusieurs jours d'essai, faute d'avoir pu en faire usage, ni pour la parole, ni pour la mastication ?

Cela tient à l'une de ces deux causes : ou la personne a manqué de patience, ou l'appareil était mal construit.

D'ailleurs je l'affirme ici bien haut.

Les deux grandes difficultés de la chirurgie-dentaire sont : 1° la guérison et l'orification des dents malades; 2° la confection d'un dentier bien construit!

Tout est là pour le dentiste sérieux et vraiment digne de ce nom.

Je n'ignore pas qu'il y a des dentistes pour qui la construction d'un dentier est un jeu.

Ils ne trouvent rien de difficile ceux-là, et leurs appareils prouvent bien en effet leur habileté et la rapidité avec laquelle ils exécutent tous leur travaux.

On pourrait leur répondre à ceux-là ce qu'on répondit jadis à ce mauvais écrivain qui se vantait d'écrire ses livres en moins de temps qu'il n'en fallait pour les lire : en vérité, Monsieur, on s'en aperçoit parfaitement! Faire bien est une question de temps, a-t-on dit, à propos de la peinture. Cet axiôme est surtout vrai dans l'art de la prothèse.

Défiez-vous des appareils faits en courant; ils ne peuvent être que mal faits!

Et ceux dont vous parliez plus haut et auxquels il a fallu renoncer après plusieurs jours d'essai, soyez certains que ces appareils appartenaient à la catégorie des appareils vite et mal faits.

Ceci dit abordons le sujet de ce chapitre.

Avant tout faisons une bonne fois justice de toutes ces annonces mensongères et ridicules qui se prélassent à la quatrième page des journaux dans un style des plus burlesques.

Chacune vous informe que son auteur a découvert un nouveau système de dents artificielles !

Une autre vous déclare que son auteur confectionne, lui seul, des dentiers recommandés par la Faculté de médecine !

Hélas ! Trois fois hélas ! Mes bons confrères, vous savez bien que depuis vingt ans, on n'a plus trouvé de nouveau système.

Vous savez bien aussi que la Faculté ne peut pas et ne songe pas à primer les dentiers de qui que ce soit, et cela pour la meilleure raison, c'est que chez nous elle n'a pas mission pour cela.

Mais pour l'honneur de la profession qui n'est pas déjà si bien portée; pour votre propre dignité, et votre intérêt bien entendu, ne promettez donc pas ce que vous ne pouvez tenir; et n'inventez pas des bourdes de cette grosseur-là !

Eh bien ! non, ami lecteur, depuis vingt ans aucun nouveau système prothétique n'a été inauguré ni chez nous, ni à Paris, ni à Londres, ni à New-York. Il n'y a que deux sortes d'appareils comme il n'y a que deux espèces de dentistes : les bons et les mauvais, et ces deux espèces se retrouvent à New-York aussi bien qu'à Bruxelles, parce que l'intelligence et l'habileté pratique sont cosmopolites et qu'elles germent dans tous les terrains et sous toutes les latitudes.

Je dis donc qu'il y a deux espèces d'appareils prothétiques, les uns (et c'est le mauvais système) qui se fixent au moyen de crochets ou de chevilles ; et les autres qui se fixent par eux-mêmes, sans le secours de crochets, de chevilles ou

de pivots. C'est ce que l'on appelle l'appareil à succion.

Ces sortes d'appareils sont donc le dernier mot de l'art, me demanderez-vous? Je l'ignore ; la perfectibilité est infinie, seulement j'affirme que si la pièce à succion a des inconvénients, elle en a beaucoup moins que les pièces de tout autre système dont le premier défaut est de couper ou d'ébranler les dents naturelles qui leur servent de points d'appui.

Je n'ignore pas que tout dentiste vous promet une pièce sans crochets; mais examinez bien, regardez entre les dents artificielles, à la place où viendra se loger une dent naturelle, vous trouverez là dans l'épaisseur de la plaque une petite tête de bois, grosse comme une tête d'épingle. Cela n'a l'air de rien et cela est tout bonnement l'extrémité d'une cheville, destinée à fixer votre appareil, et dont le second effet sera d'ébranler vos dents naturelles.

Mais en voilà assez sur les fraudes de certains praticiens. Venons à la partie technique de la prothèse dentaire.

Dans tout appareil, il y a deux choses bien distinctes :

1° Les dents artificielles que le dentiste achète au fabricant, et qu'il taille selon le besoin ;

2° La plaque sur laquelle le dentiste fixe les dents artificielles.

La plaque sert donc : 1° à porter les dents; 2° à fixer l'appareil dans la bouche.

Ne confondons donc pas les dents avec la plaque.

La substance de la plaque diffère : on peut la construire en métal, or, platine ou argent; ou bien en caoutchouc durci.

La substance des dents est unique en dépit de tous les noms inventés pour couvrir la marchandise.

Elle se fabrique avec une pâte de porcelaine plus ou moins dure selon l'habileté du fabricant. De là, le nom de dents minérales, en opposition aux dents naturelles que certains dentistes employaient jadis et qui depuis des années sont ou devraient être complétement exclues du domaine de la Prothèse.

Si la substance de la plaque ainsi que la substance des dents sont les mêmes pour tous les dentistes, il n'y a donc que la forme de l'appareil qui diffère.

En effet la plaque des pièces à crochets, à chevilles ou à pivots peut avoir telle ou telle étendue, selon le caprice ou l'inspiration du dentiste; l'appareil tiendra dans tous les cas.

Au contraire la plaque des pièces à succion doit avoir une étendue invariable proportionnée à la grandeur de la cavité palatine.

En dehors de ce qui concerne le moyen de fixer l'appareil dans la bouche, comment ce dernier doit-il être construit ?

Pièce partielle ou pièce complète, la plaque doit toujours être si étroitement adaptée qu'elle ne puisse ni blesser la gencive, ni empêcher la parole, au moment du placement. Elle ne peut que produire une certaine gêne pendant les premières heures.

Si l'appareil blesse sur un point, c'est que le modèle de la bouche a été mal pris et qu'à l'endroit douloureux la plaque pose plus qu'ailleurs.

Si l'appareil, sans blesser, empêche cependant la mas-

tication, c'est que les dents artificielles sont mal articulées en rapport avec les naturelles ; c'est-à-dire qu'elles ne s'engrènent pas avec celles-ci dans le sens des dents remplacées.

Une canine artificielle trop longue suffit parfois à empêcher le broiement des aliments.

Si les molaires de remplacement trop longues s'opposent au rapprochement des dents naturelles restantes, la mastication sera difficile et pénible.

Si les molaires sont trop courtes au point de laisser un intervalle entre elles et les molaires opposées, le broiement devient impossible ; la personne mâchera à vide.

Au reste il y a une précaution à prendre dont le résultat est toujours certain :

Avant de quitter le cabinet du dentiste, muni de votre appareil, essayez-le en mangeant un morceau de pain, la croûte de préférence. Dans cet essai vous pouvez éprouver une gêne qui disparaîtra par l'usage. Mais vous ne pouvez éprouver la moindre douleur, et l'écrasement, sinon le broiement doit s'opérer facilement. Le reste viendra tout seul.

A un appareil bien fait, l'on s'habitue en *quinze jours*, au point de ne pouvoir plus s'en passer ni pour manger ni pour parler.

Quand l'appareil est complet, qu'il ne reste plus une seule dent naturelle, le travail devient beaucoup plus difficile pour le dentiste, mais pour le client les résultats doivent être les mêmes, pas de douleur, la parole facile et la mastication aisée. Seulement dans ce cas il faut beaucoup plus de temps avant que l'appareil *soit fait* à la bouche (au moins un mois, surtout avec les dentiers à ressorts). Dans

les premiers jours l'appareil paraît manqué de fixité et ce n'est que peu à peu qu'il prend de l'assiette.

Dans les dentiers on peut donner deux directions aux dents antérieures, c'est-à-dire faire croiser légèrement les incisives et canines supérieures sur les inférieures (ce qui est plus joli) ; ou bien faire tomber ces dents droit sur les inférieures de manière à les faire se rencontrer bout à bout, dans l'acte de la mastication (ce qui est préférable et donne plus de puissance pour le broiement).

Dans un cas comme dans l'autre, les molaires doivent toujours rencontrer étroitement les molaires opposés pendant la mastication.

Dans la plupart des râteliers mal construits, vous remarquerez, quand la personne rapproche les dents, que les incisives seules se touchent et qu'entre les molaires du haut et celles du bas, il y a un grand espace, soit des deux côtés à la fois, soit d'un seul côté.

Naturellement avec ces appareils il est impossible de mâcher. On ne fait qu'avaler ses aliments non préparés par la trituration.

Parfois le râtelier tourne dans la bouche ou il tend à en sortir, c'est que les ressorts sont mal placés, ou trop courts ou que l'articulation, c'est-à-dire l'engrènement naturel des dents, est manquée.

Enfin et dernier point, il faut que les molaires des dentiers complets ne soient ni trop longues, ni trop courtes, mais juste à longueur de manière à relever le visage et à lui rendre son galbe et son aspect primitifs.

Sur dix personnes portant un râtelier, il y en a bien certainement cinq dont la physionomie est aussi déprimée

avec l'appareil que sans : la lèvre supérieure complètement rentrée, le menton saillant et la bouche absente.

On comprend donc que pour qu'un appareil complet réunisse toutes ces conditions, il faut que le praticien n'épargne ni peine, ni labeur, ni soins. Et le client doit comprendre que le succès complet n'est possible qu'au prix d'une forte dose de patience de la part du dentiste d'abord, de la part du client ensuite. Si le dentiste exige trois, quatre nouveaux modèles de votre bouche, ne vous rebutez pas, au contraire ; c'est une présomption en faveur de son habileté. S'il vous prie de porter quelques jours un râtelier d'essai. Tant mieux. Soumettez-vous à tout.

Vous aurez probablement mis la main sur un dentiste, honnête homme et habile homme. Et quelque soit le prix qu'il vous demandera comme une juste rémunération de son travail, il ne sera jamais trop élevé.

Je placerai ici la réponse à une question souvent posée au dentiste : Faut-il ôter son râtelier pour la nuit ? Non, à moins que l'appareil, mal fait, ne vous blesse ou vous fatigue. — N'enlevez votre appareil que le matin, à votre toilette, et nettoyez-le journellement aussi minutieusement que possible, car le tartre s'y dépose comme sur les dents naturelles.

Voilà en quelques mots ce que je pouvais dire dans ce petit livre au sujet des appareils bien ou mal confectionnés. Il reste à examiner une foule de cas particuliers qui dépendent de conformations buccales exceptionnelles que je me réserve de traiter plus tard dans un ouvrage plus étendu et plus spécial.

Reste à décider maintenant quelle est la substance qui convient le mieux pour construire la plaque des appareils,

ou des métaux ou du caoutchouc durci nommé aussi *vulcanite.*

Au point de vue de la solidité et de la résistance, pour la confection d'une pièce partielle de deux ou plusieurs dents, la plaque métallique l'emporte incontestablement sur la plaque en caoutchouc durci, dans les cas de plaque étroite et à crochets, ainsi que la construisent la plupart des dentistes. Mais pour les pièces à succion à plaque étendue la solidité du caoutchouc égale celle des métaux.

Et cela se comprend aisément.

La plaque appuyée bien étroitement sur une grande surface molle et ne subissant aucun des tiraillements que produisent les crochets et les chevilles, cette plaque, dis-je, ne fatigue presque pas, tandis que la plaque étroite, accrochée aux dents naturelles, posant souvent sur des racines, supporte tout l'effort de la mastication, bien plus que les dents artificielles elles-mêmes.

Lorsque la bouche artificielle est complète (ce qu'on appelle dentier ou râtelier) la pièce en caoutchouc est plus solide et plus durable que celle en or, voici pourquoi : Si la pièce en or vient à se détériorer ce n'est jamais par la plaque, mais par les dents qui finissent par se détacher sous l'effort de la mastication, surtout si l'appareil est mal articulé.

Or, dans les dentiers sur caoutchouc, les dents ne peuvent jamais se détacher de la plaque, parce qu'elles sont incrustées dans le caoutchouc et retenues par le haut et par le bas.

En dehors des points de comparaison que je viens d'établir entre les métaux et le caoutchouc, je dirai que le

caoutchouc a des qualités éminentes que l'or ne possède pas ; il est léger, doux au contact des dents restantes, sans odeur aucune et facile à nettoyer.

Le caoutchouc est surtout précieux pour la construction des appareils destinés à réparer les mutilations de la bouche produites par l'explosion des armes à feu ou à la suite d'une opération chirurgicale.

Jadis l'art n'avait que des demi-moyens pour venir au secours de toute une classe d'infortunés que leur infirmité mal déguisée isolait, comme des parias, au milieu d'une société où souvent leur naissance et leur esprit les appelaient à briller.

Avec le caoutchouc et l'habileté que donne l'habitude de ne confectionner que des pièces à succion, le dentiste est parvenu aujourd'hui à restaurer les mutilations buccales de façon à tromper l'œil et l'oreille les plus exercés.

J'ai eu l'occasion tout récemment encore de constater cette dernière vérité. Il s'agissait de confectionner un appareil pour une personne à qui le célèbre opérateur M. Michaux, professeur à l'Université de Louvain, avait enlevé le maxillaire supérieur droit et l'os malaire, opération nécessitée pour l'extirpation d'un sarcôme qui menaçait par son développement la vie du patient.

On comprend quelle mutilation suivit cette opération. Le pauvre opéré ne pouvait ni parler, ni manger, ni boire sans des difficultés inouïes. Les sons qu'il proférait ne rappelaient plus la voix humaine.

Quand il me fut présenté, il était porteur d'un appareil construit par un spécialiste de la capitale. Il mangeait assez bien, mais seulement d'un côté ; il parlait bien, mais

hélas ! à quel prix. Depuis trois ans que l'appareil *définitif* avait été posé, (il y avait eu deux appareils provisoires) le patient était obligé de le soutenir constamment avec la langue, pour l'empêcher de tomber. Quand je lui marquai mon étonnement de ce qu'il n'était pas retourné chez son dentiste, il me répondit naïvement qu'il croyait que l'appareil ne pouvait pas fonctionner autrement et qu'il était construit supérieurement.

J'ajouterai que le spécialiste avait fixé autour de chaque dent restante un très-fort crochet en or, dont le premier inconvénient était de compromettre la fixité de l'appareil, qui tenait moins à mesure que l'on serrait davantage les crochets (résultat inévitable et que la plus simple loi de statique aurait dû faire deviner à l'auteur de l'appareil); le deuxième inconvénient de ces crochets, était de faire constater la présence de l'appareil dès que la bouche s'ouvrait, et le troisième, de charger inutilement l'appareil tout en coupant peu à peu les dents d'appui.

Evidemment je ne pouvais expliquer cet insuccès chez un homme réputé fort habile que par l'ignorance des conditions indispensables à l'appareil à succion.

J'eus en effet un plein succès en construisant mon appareil un peu plus profond que l'ancien, aussi mince que possible (l'ancien avait près d'un pouce d'épaisseur au sommet de la voûte palatine). J'y soudai un seul crochet que j'équilibrai, par sa position, avec le poids de l'appareil. Ce crochet très-fin, je le serrai à peine, un simple frottement contre la dent d'appui. Il en résultait que la plaque sollicitée en vertu de la loi du vide à s'imprimer dans la muqueuse palatine du maxillaire restant, pouvait monter

d'une ligne et se localiser tout insensiblement dans la cavité buccale.

En outre j'articulai les dents artificielles destinées à remplacer les naturelles (enlevées par l'opération) de telle façon qu'elles tombaient d'aplomb sur les molaires naturelles inférieures.

Au contraire, dans l'appareil primitif les fausses dents du côté droit croisaient sur les molaires inférieures naturelles et par conséquent empêchaient le broiement de ce côté.

Enfin je relevai la lèvre du côté droit au moyen d'un bourrelet de caoutchouc rose.

Présentement mon nouveau client se sert de son appareil aussi facilement que si c'était un appareil ordinaire de deux ou trois dents artificielles. Il l'ôte et le replace avec la même facilité. Il peut rire et parler sans que l'on puisse découvrir qu'il porte un appareil. Quant à son ancienne pièce il la considère comme quelque chose de barbare, accusant, selon lui, les tâtonnements inhérents à l'enfance de l'art.

Mais le côté piquant de la chose, le voici : Le cas avait été produit devant l'Académie de médecine et l'appareil défectueux avait été naturellement admiré, puisque le point de comparaison faisait défaut. Le praticien fut félicité et son succès constaté dans le bulletin mensuel.

Je vais, pour terminer ce chapitre, transcrire ici un travail sur la pièce à succion, lequel a paru dans la *Presse médicale belge*, nos 23 et 24 de l'année 1868.

Il est un fait que nul aujourd'hui ne songe plus à contester, c'est que les dents artificielles montées sur des pla-

ques d'or ou de platine sont lourdes, malpropres, que leur présence dans la bouche agace les personnes nerveuses, et que les crochets qui servent à les assujettir, déchaussent, ébranlent et coupent en fort peu de temps les dents naturelles servant de points d'appui.

Cette vérité, reconnue d'ailleurs depuis longtemps par quelques praticiens intelligents et consciencieux, a donné naissance aux appareils prothétiques nommés *à succion.* Ceux-ci se fixent sans aucune espèce de ligature et n'effleurent même pas les dents naturelles, tout en rendant la mastication plus facile qu'au moyen des pièces à crochets. Le secret de la succion se trouve uniquement dans trois choses : 1° une étendue de base ou plaque combinée d'après le poids de l'appareil entier. (Plus l'appareil est léger, mieux il se fixe); 2° la coaptation parfaite de la plaque avec la membrane buccale au point de produire entre ces deux surfaces un vide absolu ; 3° un modèle parfait de la bouche jusqu'au voile du palais pour le haut, jusqu'à la branche montante du maxillaire inférieur pour le bas. L'obtention d'un pareil modèle est la partie la plus difficile du métier.

Mais jusqu'ici l'usage des appareils *à succion* n'a pas pu se généraliser pour différentes causes que nous allons exposer aussi succinctement que possible.

En premier lieu, les seules substances connues et usitées pour la prothèse étaient impropres, et en second lieu l'impéritie des praticiens ordinaires leur ayant toujours fait regarder le dentier ou appareil complet à succion comme un mythe, tout naturellement, plutôt que d'avouer leur impuissance, ils niaient l'excellence de la succion, imaginaient

une foule d'inconvénients inhérents à ce système d'appareils, et ébranlaient ainsi peu à peu la confiance du public dans un genre qui est le triomphe de l'art du dentiste. Je dis : qui est le triomphe de l'art du dentiste ! Quelle est, en effet, la branche de la prothèse générale qui peut se glorifier de suppléer la nature sans être obligée de recourir aux ressorts ou aux ligatures ? — Je disais que les substances étaient impropres ; en effet, le dentiste jadis n'avait que les métaux précieux et l'os provenant des défenses du morse. Or, les plaques métalliques doivent être estampées, pour prendre la forme de la voûte palatine, entre un modèle de zinc et un contre modèle ou contre-moule de plomb, par exemple. Avant d'obtenir cette double matrice, il faut diverses opérations après lesquelles on est loin de la première empreinte ou modèle typique de l'appareil à construire ; ajoutez à cela la pesanteur spécifique et la tendance au ressaut qu'ont les métaux, surtout l'or, quand il s'agit d'estamper une plaque d'une certaine étendue et qui doit être cintrée ; et vous comprendrez aisément l'impropriété des métaux pour la succion.

Aussi tout praticien de bonne foi avouera que, son appareil terminé, il est obligé d'achever le travail d'ajustement de sa plaque à coups de pince, jusqu'à ce qu'elle paraisse toucher partout à la voûte palatine par son bord postérieur.

Quant à l'os, on le travaille à coups de lime, d'échoppe et de rugine. A chaque nouveau coup de ces outils on présente la surface de la tranche d'os sur un modèle de la bouche en gypse, revêtu d'une couche de matière colorante destinée à laisser une trace sur l'os ; cette nouvelle trace est enlevée par un nouveau coup de lime ou d'échoppe, et ainsi de

suite, jusqu'à ce que la plaque osseuse paraisse s'adapter par tous ses points sur la voûte palatine du modèle en gypse.

On comprend ce qu'il faut d'habitude et de labeur pour arriver à avoir une plaque en os s'adaptant passablement. Si l'os d'ailleurs ne présentait que cet inconvénient, il vaudrait mieux pour la succion que les métaux; malheureusement, il s'imprègne très-vite dans la bouche et se corrompt au point de devenir noirâtre et de rendre l'haleine fétide.

L'impossibilité d'arriver à la succion parfaite par les métaux et par l'os fut donc bientôt constatée par les quelques rares *chercheurs* dont les noms appartiennent à l'histoire de l'art dentaire, et, pour parer autant que possible à l'impuissance des métaux, les uns adaptaient sur la plaque métallique une fine peau de chamois dont l'interposition entre la plaque et la membrane buccale devait corriger autant que possible les imperfections de l'appareil, en produisant une coaptation et par conséquent un vide plus parfaits;— les autres établissaient, au centre de la plaque métallique, un ou plusieurs creux destinés à concourir à la production du vide que l'imperfection de l'appareil ne rendait pas absolu.

On comprend que la peau de chamois et les creux étaient des cloaques en miniature. A raison donc de tous ces faits, dentistes et clients se dégoûtèrent des pièces à succion; et les pièces à crochets continuèrent leur œuvre de destruction des dents naturelles, jusqu'à ce qu'un jour, il y a une vingtaine d'années de cela, on trouva une substance merveilleuse, la seule substance propre à la prothèse, le caoutchouc durci ou vulcanisé. La propriété victorieuse

de cette matière, qui a résolu définitivement la question de la succion, est sa *fusibilité* à une certaine température, pour prendre ensuite, sous la pression de la vapeur d'eau, une dureté et une consistance voulues que dorénavant rien ne peut plus altérer.

Le caoutchouc peut se couler. Tout est là. Une matière qui, au lieu de devoir être estampée ou grattée, peut se couler immédiatement sur le premier modèle ou type parfait de la bouche, cette matière-là est appelée à résoudre la grande question de la succion. (Je parle, bien entendu, de la succion parfaite et non de la boiteuse, comme en font la plupart des dentistes, et qui s'appuie sur un crochet ou deux dissimulés plus ou moins adroitement au fond de la bouche).

On voit d'ici tout le parti que les dentistes pouvaient tirer de cette substance nouvelle. Malheureusement, la véritable portée de la découverte ne fut saisie que par quelques rares praticiens. Tous les autres, au lieu de se mettre à étudier sérieusement la nouvelle substance qui s'offrait à eux avec des propriétés que ne présentait aucune des matières employées jusque-là : la légèreté infinie, la résistance aux acides buccaux, la douceur, l'insapidité, l'absence d'odeur, et enfin la fusibilité et le durcissement à volonté ;... tous les autres dentistes, dis-je, ne virent dans le caoutchouc qu'une matière première à bon marché; et, chose plus incroyable encore, ignorant le véritable mode spécial que demande la confection des appareils en caoutchouc, ils se mirent à le travailler, les uns, avec des crochets comme ils travaillaient l'or, les autres, avec des chevilles s'appuyant contre les dents naturelles, comme jadis on travaillait l'os ou cheval marin.

Et cependant, je le répète, il y a dans l'application du caoutchouc à la prothèse dentaire toute une révélation ; et sans m'abandonner à un enthousiasme factice, j'ose prédire qu'avant cinquante ans d'ici le caoutchouc aura banni du domaine de la prothèse toutes les autres substances encore usitées actuellement.

L'art dentaire marche d'ailleurs vers ce but, non pas chez nous, mais en Amérique, où, de tous temps, la chirurgie et la prothèse dentaires ont été pratiquées généralement avec plus de hardiesse que partout ailleurs.

Plusieurs dentistes américains ont aujourd'hui complètement renoncé à l'usage des métaux, pour ne plus se servir que du caoutchouc.

J'arrive maintenant à la partie technique de ce travail. Le caoutchouc me paraît donc préférable à toute autre matière parce qu'il permet de fixer les appareils prothétiques (soit les dents artificielles, soit les obturateurs pour perforations des os palatins et tous autres appareils de chirurgie dentaire) qu'il permet, dis-je, de fixer toutes ces pièces sans aucune espèce de ligature. Mais, pour obtenir ce résultat, il faut que le dentiste travaille le caoutchouc selon le mode spécial qui lui est propre et qui ressort de la propriété essentielle de cette substance, sa fusibilité. Si le caoutchouc n'est pas travaillé dans ce sens, l'apppareil ne vaut pas ce qu'il vaudrait s'il était construit en or.

Avant tout il faut que le praticien soit sûr de son modèle. (Je l'ai dit, c'est la partie la plus difficile du métier.) Sur ce modèle typique reproduit en plâtre, le dentiste construit en cire son appareil tel qu'il devra figurer dans la bouche du client ; il y fixe ensuite les dents artificielles.

Ceci achevé, il transporte la pièce ainsi faite dans du plâtre mou, qu'il laisse durcir une heure ou deux, puis il coule sur la masse de nouveau plâtre mou destiné à former le contremoule ; et il laisse durcir au moins six à sept heures. Au bout de ce temps il remplace, par du caoutchouc préparé, la plaque de cire entre les deux empreintes obtenues dans le plâtre. Il serre fortement les deux empreintes avec la plaque de caoutchouc interposée; puis il vulcanise, c'est-à-dire il soumet le tout à la pression de la vapeur d'eau pendant le temps voulu, et l'appareil est fait.

Si toutes ces opérations préliminaires ont été faites *secundum artem*, l'appareil sortira du plâtre tel qu'il doit être dans la bouche. Le dentiste aura surpris en quelque sorte la forme buccale ; la juxtaposition de la plaque de l'appareil et de la membrane buccale sera parfaite, et la pièce tiendra sans crochets ni ligature d'aucune espèce.

Voici en résumé ce que le dentiste aura obtenu :

1° Une plaque n'ayant partout que l'épaisseur du *double* de la même plaque en or.

2° Cette plaque reproduira sur ses deux faces tous les linéaments qui sillonnent la muqueuse palatine, en creux d'un côté et en saillie de l'autre.

Si ces deux conditions essentielles manquent, c'est que le caoutchouc a été mal travaillé.

La plaque n'est plus une plaque coulée et la succion n'est pas plus possible qu'avec les pièces en or ou en os.

Pour terminer je combattrai en quelques mots les reproches qu'on a faits aux appareils en caoutchouc :

1° On a dit que cette substance se ramollissait et exhalait une odeur *sui generis*.

C'est une erreur ; si le caoutchouc est de bonne *provenance* et s'il a été bien vulcanisé, il ne se ramollit *jamais* et ne donne aucune odeur ; le caoutchouc noir est aussi dur que l'or ; le caoutchouc rose et le blanc sont les moins bons, parce qu'ils renferment des matières colorantes qui désagrégent largement leurs molécules, sans se combiner avec elles ; le caoutchouc brun est un peu moins solide que le noir.

Je construis presque tous mes appareils avec le caoutchouc noir, que je recouvre d'un légère couche de rose du côté de la cavité buccale. J'ai soumis le caoutchouc noir vulcanisé à l'action de l'acide sulfurique pur pendant vingt-quatre heures. Au bout de ce temps j'ai retiré l'appareil, qui avait augmenté de poids de 0,1 ; après transsudation de l'acide, l'appareil avait repris son poids ; il n'avait d'ailleurs pas été modifié du tout dans sa consistance.

2° On a dit que les plaques en vulcanite étaient sujettes à se casser.

Cet inconvénient ne se présente que lorsque le caoutchouc n'a pas été travaillé comme je l'ai dit, lorsque la plaque n'est pas *coulée* et que le dentiste doit recourir après coup au grattage pour ajuster son appareil sur le modèle : la juxtaposition des deux surfaces n'ayant pas lieu dans ce cas, il y a nécessairement des endroits où la plaque pose dans le vide, et là elle doit se casser à la longue.

Le deuxième reproche est encore fondé quand l'empreinte de la bouche a été mal prise, et enfin dans le cas où, une racine ou une dent naturelle venant à disparaître

de la bouche, l'appareil à cet endroit ne pose plus; il doit alors se casser parce que le caoutchouc est rigide.

3° On a dit que les dents pour caoutchouc se détachaient plus facilement de la base que celles pour or. Cela est vrai, mais la faute en est au dentiste, qui peut remédier facilement à cela en appropriant les dents pour or à ses appareils en caoutchouc.

4° On a reproché au caoutchouc de ne pouvoir s'appliquer dans tous les cas, par exemple, lorsque dans l'acte de la mastication, les incisives inférieures se rapprochent trop du bord gencival supérieur. Ce reproche n'est fondé que pour les appareils qui ne sont pas confectionnés de la manière que j'ai indiquée.

Si les dents ont été bien appropriées et la plaque enlevée nette et sans retouche du plâtre, le caoutchouc pourra s'appliquer dans tous les cas où l'or peut s'appliquer, parce qu'on peut lui donner la minceur de l'or à l'endroit de l'articulation, c'est-à-dire à l'endroit où les dents incisives du bas viennent rencontrer le bord gencival opposé.

5° On reproche à la succion d'exiger pour l'appareil une base large et couvrant la voûte palatine.

A cela il n'y a à répondre qu'une chose : Qui veut la fin veut les moyens, et ceci encore, plus concluant que tout le reste : Sur dix personnes qui ont porté un appareil en or et qui ont besoin d'une nouvelle pièce, huit au moins ne veulent plus d'appareil en métal et acceptent une pièce à succion en caoutchouc avec empressement.

Enfin, 6° et finalement, on a reproché aux pièces à succion d'altérer le goût. Je crois que la faculté du goût a son siége dans les houppes nerveuses de la langue, et que

le palais, qu'il soit à nu ou recouvert d'un corps quelconque, transmet, au même degré, les différentes perceptions.

Pour ma part, je fais usage depuis plusieurs années d'une pièce à succion en caoutchouc, et, de bonne foi, j'ai fait l'expérience avec et sans appareil : le degré de perception a toujours été le même.


HOPITAL DENTAIRES LIBRES DE PARIS
BIBLIOTHÈQUE

Imprimerie et Librairie de Henri Manceaux,
Rue des Trois-Têtes, 8, à Bruxelles.

LE LIVRE
DE
L'HOMME SAIN
ET DE
L'HOMME MALADE

Par le Professeur Ch. BOCK, de Leipzig;

Traduit de l'allemand, sur la 5[e] édition, et annoté

Par le docteur VICTOR DESGUIN,
Lauréat de l'Académie de médecine de Paris, etc.

et M. CAMILLE VAN STRAELEN.

Ouvrage enrichi de planches et de gravures intercalées dans le texte.

2 vol. in-8° de 400 p. chacun. Prix : 10 francs.

PROSPECTUS

Faire un livre qui fût à la portée de tout le monde, bien entendu du monde instruit, tel a été le but que s'est proposé le professeur Bock en composant cet ouvrage.

Ce qu'il fallait avant tout, pour atteindre ce but, c'était d'éviter l'aridité et le pédantisme, d'être simple et clair sans tomber dans le trivial, de rendre la science attrayante en la faisant méthodique, c'est-à-dire en procédant du simple au composé, du connu à l'inconnu, en élaguant soigneusement les hypothèses nombreuses, les controverses, soit inutiles, soit trop ardues, qui encombrent nécessairement encore la science de l'homme. L'auteur a-t-il rempli son programme? Nous le croyons, et cette opinion se motive sur de fortes raisons. L'ouvrage original a eu six éditions, une septième se prépare. Il n'est presque pas de famille allemande où ce livre ne soit journellement consulté. Il est vrai que l'instruction est plus répandue en Allemagne que chez nous, que l'esprit de famille y est plus développé, que les questions qui se rapportent à la science de l'homme considéré tout autant à son point de vue physique qu'au point de vue moral, y font l'objet des préoccupations de tout le monde, tandis qu'en France et en Belgique, elles paraissent être dédaignées et laissées à la sagacité de ceux qui en font une étude spéciale.

Cependant, les principaux organes de la presse se sont occupés du *Livre de*

l'Homme sain et de l'Homme malade, et l'ont apprécié de la manière la plus favorable. Voici d'abord l'avis du *Journal de médecine de Bruxelles* :

Cet ouvrage nous paraît répondre à une nécessité réelle, comme l'a compris le public allemand, et comme l'a très-bien fait ressortir l'un des traducteurs dans l'introduction qui précède cette publication.... A la louange de l'auteur et des traducteurs nous pouvons dire que tout charlatanisme est soigneusement banni de leur ouvrage, destiné à résumer ce qu'il importe à chacun de connaître en fait d'anatomie, de physiologie, d'hygiène. Nous souhaitons à la traduction un succès aussi grand que celui qu'a obtenu l'original. (*Journal de médecine de Bruxelles.*)

Parmi les appréciations de beaucoup de journaux, grands et petits, le *Précurseur*, l'*Escaut*, le *Journal de Liege*, la *Meuse*, le *Courrier de la semaine*, le *Devoir*, le *Houilleur*, le *Journal des Instituteurs*, etc., qui sont unanimes à proclamer la haute utilité pratique de notre livre et à le recommander à l'attention des familles, nous nous bornerons à transcrire ici les opinions du *Nord* et de l'*Etoile belge*.

Voici ce que dit le *Nord* :

La librairie médicale de *Manceaux*, à Bruxelles, vient de terminer son importante publication de *l'Homme sain et l'Homme malade*, du docteur Bock. Cet ouvrage, qui embrasse dans un aperçu net, pratique, accessible à tous, des éléments indispensables d'anatomie et de médecine, a obtenu en Belgique un succès mérité. L'idée première, en effet, qui avait présidé à la confection du livre, était à elle seule une recommandation.

N'était-ce pas rendre un service quotidien et permanent à des lecteurs que de leur exposer la marche et le fonctionnement des différents organes dans leur état normal; de leur indiquer les troubles qui peuvent survenir, les symptômes qui révèlent ces troubles, l'hygiène à suivre pour se maintenir dans l'état de parfaite santé, si aucun organe n'a été troublé, le régime à adopter, pour dompter et expulser le mal, si le mal s'est produit? Ainsi chaque lecteur, chaque famille a pu avoir sous la main un conseiller infaillible de santé, enseignant dans une langue à la fois précise et honnête tout ce que l'homme doit éviter lorsqu'il *est sain* et ce qu'il doit faire quand il *est malade*.

Combien d'affections, de maladies un tel ouvrage est-il appelé à prévenir ou à soulager! Ne suffit-il pas d'indiquer le but et la marche de la publication de la librairie Manceaux pour en proclamer l'utilité, la nécessité indiscutable! Lorsque tant d'ouvrages se produisent qui attaquent indirectement le corps humain en commençant par ravager l'esprit et l'âme, l'œuvre du docteur Bock était de nature à rencontrer chez un nombreux public approbation, sympathie, succès.

L'*Etoile belge* s'exprime de la manière suivante :

M. le docteur Victor Desguin et M. Van Straelen, d'Anvers, viennent de mener à bonne fin la traduction qu'ils avaient entreprise il y a trois ans, de l'ouvrage d'un savant médecin allemand : *le Livre de l'Homme sain et de l'Homme malade*.

Ce livre est destiné à répandre dans les familles de saines notions de physiologie et d'hygiène. Il se distingue des livres de medecine usuelle les plus répandus; on en a soigneusement élagué tout charlatanisme. Il a pour but, non pas de fournir des *recettes*, mais d'indiquer comment on se préserve de maladie par une hygiène rationnelle.

L'immense succès qu'a obtenu en Allemagne l'ouvrage que nous offrons au public, nous dispense d'en faire l'éloge. Quand une œuvre sérieuse a eu, dans l'espace de neuf années, l'honneur de cinq éditions, dont la dernière, tirée à 70,000 exemplaires, a été épuisée en fort peu de temps, tout panégyrique devient inutile : le public a jugé, et son verdict s'est traduit par un succès toujours croissant.

L'ouvrage se compose de quatre parties : La première intitulée : *le Livre de l'homme sain*, contient des notions sur les substances qui participent à la formation du corps de l'homme; elle comprend ensuite la structure et les fonctions des organes; la seconde donne les règles de l'hygiène, c'est-à-dire les moyens à employer pour la conservation de la santé, pour le maintien du jeu régulier des organes; la troisième, intitulée : *le Livre de l'homme malade* étudie les causes des maladies et les moyens à opposer à leur action; la quatrième comprend tout ce qui a rapport aux fonctions de la génération. Cette dernière partie est entièrement reléguée à la fin de l'ouvrage, pour que les parents et les instituteurs qui voudraient la dérober à l'attention d'enfants trop jeunes puissent le faire facilement.